

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

408

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston DUPREY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rouen
Né à Saint-Aubin-le-Guichard, le 12 novembre 1895

DE L'ÉVENTUELLE GUÉRISON SPONTANÉE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

PAR ÉLIMINATION BILIAIRE

Président : M. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

804

408

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

108

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston DUPREY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rouen
Né à Saint-Aubin-le-Guichard, le 12 novembre 1895

DE L'ÉVENTUELLE GUÉRISON SPONTANÉE
DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
PAR ÉLIMINATION BILIAIRE

Président : M. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique prophédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LÈREBOULLET	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS
ET DE MA SŒUR

A MES ONCLES

A MA TANTE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR FÉLIX DÉVÉ

Professeur de Pathologie interne
à l'Ecole de Médecine de Rouen
Médecin de l'Hospice Général
Chevalier de la Légion d'honneur

Inspirateur de ce travail.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL LECÈNE

Professeur de Pathologie externe
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

DE L'ÉVENTUELLE GUÉRISON SPONTANÉE
DES
KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
PAR ÉLIMINATION BILIAIRE

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre ce dernier acte de scolarité, nous profiterons de l'occasion qui nous est donnée d'adresser à M. le Dr Galliard, de Paris, et à nos Maîtres de l'École de Médecine et des Hôpitaux de Rouen l'hommage de notre respect et de notre gratitude pour leur précieux enseignement et la façon bienveillante dont ils nous ont accueilli.

Nous tenons à remercier tout spécialement notre maître M. le Professeur Dévé à qui nous devons l'indication de ce travail et le meilleur de nos connaissances médicales et qui nous a toujours témoigné, en toute occasion, un intérêt dont nous lui sommes profondément reconnaissant. A M. le Professeur Jeanne qui, pendant plus de deux années, nous fit bénéficier de ses leçons cliniques si claires et si précises nous adressons nos plus vifs remerciements.

Nous exprimons également notre gratitude à M. le Dr Payenneville, à M. le Dr Loisel et à M. le Dr Magniaux, pour leurs conseils si éclairés et leur enseignement clinique si apprécié.

INTRODUCTION

L'élimination des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires est un sujet à l'ordre du jour.

Pendant près de vingt-cinq ans, la plupart des auteurs avaient vécu sur la solide étude que Berthaut en avait donnée dans sa thèse (Paris, 1883). A l'époque, c'était naturellement par son côté anatomo-pathologique et médical que la question avait été considérée. Puis, avec le rapport de Quénu et Pierre Duval à la Société de Chirurgie (1906), elle avait commencé à être envisagée par son côté chirurgical. C'est à ce même point de vue que son étude devait être reprise par Lecène et Mondor, dans un mémoire paru à la veille de la guerre (juin 1914).

Mais on peut dire que le sujet a été complètement rénové par l'étude qu'en a faite notre maître le Professeur Dévé, dans une série de notes substantielles communiquées par lui, tant à la Société de Biologie qu'à l'Académie de Médecine, au cours des années 1919, 1920, 1921 et 1922 (1-15).

L'année dernière, la question a été traitée dans un rapport de R. Finochietto, au Congrès de Buenos-Aires (octobre 1922). A la même époque elle faisait l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie de Paris (Lapointe, Lecène, Cunéo).

Enfin tout dernièrement elle vient d'être envisagée au Congrès de Chirurgie dans les rapports de Villard et de P. Mathieu (octobre 1923).

Il s'agit d'un sujet très vaste que nous ne pouvions songer à traiter dans son ensemble. Sur le conseil de M. Dévé, nous nous sommes limité à en considérer un côté bien circonscrit que nous préciserons dès l'abord.

L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans la canalisation biliaire est un processus d'évacuation naturelle qui constitue l'homologue de l'ouverture bronchique des kystes hydatiques du poumon. Comme M. Dévé l'indiquait dans une de ses communications : « La question qui se pose est

la suivante : Ce mode d'élimination naturelle et de drainage spontané des kystes hydatiques dans la canalisation muqueuse du viscère est-il susceptible d'amener une guérison véritable ? En d'autres termes, la débâcle hydatique vâtérienne, qui est aux kystes du foie ce que la vomique hydatique est aux kystes du poumon (1), peut-elle être considérée comme ayant une réelle valeur curative ? »

Telle est la question que nous voudrions envisager, sinon trancher, en recherchant dans quelle mesure l'éventualité dont il s'agit est suivie d'une guérison définitive.

Un cas singulièrement suggestif qu'il nous a été donné de suivre, l'année dernière, dans le service de M. Dévé et dont notre maître a bien voulu nous confier l'observation inédite, servira de base à notre thèse. Nous y joindrons une seconde observation originale, consignée autrefois par M. Dévé, et qui, pour être succincte, n'en est pas moins suffisamment démonstrative.

De ces deux cas nous rapprocherons une cinquantaine de faits du même ordre, recueillis dans la littérature.

Après une brève étude de la symptomatologie et de l'évolution de la « débâcle hydatique cholédoco-vâtérienne » dans les cas en question, nous en envisagerons les conditions anatomiques pathologiques et le mécanisme pathogénique.

Nous arriverons alors au point crucial de notre thèse, visant le pronostic général de l'élimination biliaire des kystes hydatiques du foie.

Après un court chapitre consacré au diagnostic des hydatidérias, nous discuterons la conduite à tenir en pareille éventualité. Disons par avance que contrairement à une

1. M. Dévé a établi sur des preuves irréfutables cette notion, contestée à tort par la plupart des chirurgiens modernes, que la vomique hydatique est susceptible d'avoir une valeur curative. En effet, en cas de kystes pulmonaires centraux spontanément ouverts dans les bronches, « la vomique aboutit à la guérison spontanée dans la plupart des cas, dans plus de 90 0/0 des cas. » Cf. F. Dévé, « Une discussion médico-chirurgicale. Doit-on opérer tous les kystes hydatiques du poumon ? » *La Normandie médicale*, 15 juillet 1911, et « La vomique hydatique curative », *La Normandie médicale*, 1^{er} octobre 1922. — Les idées de M. Dévé viennent d'être pleinement confirmées par un tout récent travail de PÉRITCHITCH (*Paris médical*, 15 septembre 1923, p. 214).

conclusion qu'on s'attend peut-être à nous voir tirer de la réunion de plus de 50 observations de guérison spontanée, nous nous déclarerons franchement partisan du traitement chirurgical précoce.

Notre tâche nous a été grandement facilitée par les publications de M. Dévé, dans lesquelles le problème se trouve résumé. En outre, mettant à notre disposition les nombreux documents rassemblés par lui sur ce sujet, notre maître a bien voulu nous guider de ses conseils si autorisés au cours de l'élaboration de notre travail. Nous lui en exprimons à nouveau tous nos remerciements.

I. — HISTORIQUE

L'évacuation des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires peut-elle être regardée comme une éventualité favorable ? Dans quelle proportion de cas, dans quelles circonstances particulières ce processus est-il capable d'amener la guérison ? En un mot, quel est le pronostic de l'élimination biliaire des kystes hépatiques ?

Tel est le point de vue spécial auquel nous nous placerons pour passer en revue les opinions émises par les différents auteurs depuis le milieu du XIX^e siècle jusqu'à nos jours.

CADET DE GASSICOURT (16) semble être le premier auteur qui ait donné une étude d'ensemble de la rupture de kystes du foie dans les voies biliaires : « Je dis que ce sujet est encore peu connu, écrit-il dans sa thèse (Paris, 1856, p. 32), et j'en donne aussitôt la preuve : M. Barrier dans sa thèse remarquable à d'autres titres n'en parle pas ». Son étude est basée sur trois observations : celles de Charcelay, de Charcot et une observation personnelle (1). « La rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires est un fait rare ; il n'est signalé nulle part à ma connaissance et j'en ai rien trouvé sur ce sujet que les trois observations précédentes ». Dans les trois, la terminaison a été fatale. De tels cas étaient-ils susceptibles de guérison ? « Je ne le crois pas, répond Cadet de Gassicourt (p. 44). Sans doute, on peut comprendre théoriquement que le kyste hydatique une fois ouvert dans le canal cholédoque, les acéphalocystes auraient pu glisser dans le duodénum et être rejetées par l'anus. Mais le cholédoque est-il susceptible d'une assez grande distension, quoiqu'il puisse se dilater jusqu'à acquérir au moins le volume du doigt ? En supposant même que les hydatides eussent passé par cette voie, le travail éliminatoire aurait été long. Or, pendant ce temps deux

1. Cette dernière n'a, d'ailleurs, pas trait à un kyste du foie, mais semble bien concerner un kyste hydatique de la tête du pancréas ouvert dans le cholédoque.

choses pouvaient se produire : obstacle au cours de la bile et mort par suite du passage de la bile dans le sang ; ou rupture du kyste dans le péritoine et mort par péritonite aiguë. C'est ce qui a eu lieu ».

Ainsi Cadet de Gassicourt conclut au pronostic à peu près fatal de cette complication. C'est une opinion toute différente qu'exprimera DAVAINÉ, quelques années plus tard, en 1860. Envisageant, dans la première édition de son traité universellement cité (17), « l'action des hydatides du foie sur les conduits biliaires », il écrit : « Lorsque le kyste s'est mis en communication avec les conduits biliaires, les hydatides qu'il contient s'engagent quelquefois dans ces conduits comme celles du poumon dans les bronches. Les canaux biliaires sont dilatés par les vers cystiques qui s'y introduisent, comme ils le sont par des calculs ; ces vers sont expulsés dans l'intestin ou dans la vésicule biliaire. La guérison d'une tumeur hydatique du foie arrive probablement par suite de l'évacuation du contenu du kyste dans le canal intestinal » (p. 465).

Dans la seconde édition de son ouvrage (1877), le même auteur écrira plus explicitement : « La communication du kyste hydatique avec les canaux biliaires est une *condition heureuse* qui peut procurer la guérison de la maladie. Elle est néanmoins dangereuse, puisque souvent elle a été la cause de la rupture de la poche hydatique » (p. 499).

Pour Davainé, la coexistence d'une lithiasé vésiculaire dans les cas de ce genre favorise l'élimination des hydatides : « L'introduction des hydatides dans la vésicule du fiel peut fournir aux vers par le canal cystique une voie d'élimination surtout si, par l'existence de calculs biliaires, ce canal a subi préalablement quelque dilatation ». C'est une idée que nous verrons reprise ultérieurement par différents auteurs.

TROUSSEAU (18) termine son chapitre consacré à l'ouverture des tumeurs hydatiques dans les voies biliaires par la conclusion suivante : « En définitive, la rupture spontanée des tumeurs hydatiques du foie dans les canaux biliaires n'amène pas nécessairement des complications mortelles ; elle est, en quelques cas, un mode de terminaison favorable de l'affection ».

Dans son traité longtemps classique, FRERICHS écrit : « Il arrive parfois que des vésicules passent du kyste dans les orifices béants des canaux biliaires, s'y arrêtent, les dilatent

et sont transportées définitivement dans l'intestin. Les hydatides peuvent être évacuées par cette voie et les kystes guérir » (19).

MURCHINSON s'exprime ainsi : « On a vu le contenu du kyste pénétrer dans les voies biliaires, obstruer les conduits et causer un ictère persistant et fatal. Mais il se trouve parfois que les voies biliaires se dilatent assez pour permettre l'évacuation du contenu cystique à travers elles dans l'intestin. Toutefois cela se présente rarement et dans la plupart des cas de ce genre qu'on a observés la mort s'en est suivie » (20).

C'est une opinion non moins formelle que RENDU exprime dans son article du Dictionnaire Dechambre : « L'élimination des kystes hydatiques par les voies biliaires est une *circonstance fâcheuse* qui expose à tous les périls de la rétention biliaire. La mort en est la conséquence la plus habituelle » (21).

Dans une excellente thèse où il étudiait l'ictère dans les kystes hydatiques du foie, ORTIZ COFFIGNY (22) réunissait 20 observations dans lesquelles l'ictère avait été déterminé par une obstruction du cholédoque par des vésicules hydatiques. Étudiant les phénomènes cliniques qui s'observent en pareil cas, il décrivait les alternatives d'obstruction et de désobstruction du cholédoque. Ces accidents, écrit-il (p. 84), peuvent « se terminer par la guérison définitive quand le kyste est complètement vidé. Mais il peut se faire que les voies biliaires s'enflamment; on observe alors les divers accidents qui caractérisent l'angiocholite. Même dans ces cas la guérison est possible, comme le prouvent différentes observations (Chereau, Bahrdt, Lasègue, Frerichs). Mais cette terminaison heureuse est loin d'être la terminaison habituelle ». En résumé, écrit-il plus loin (p. 87), « la terminaison de l'ictère qui accompagne les kystes hydatiques peut être : 1° la guérison, à condition que les hydatides soient expulsées promptement; 2° le plus souvent la mort, conséquence d'une angiocholite aiguë, catarrhale ou suppurée (ictère grave, péritonite généralisée par contiguïté, par rupture d'un abcès ou du kyste lui-même)... Le pronostic n'est pourtant pas absolument fatal et plusieurs de nos observations prouvent que même lorsque l'angiocholite est assez grave pour produire une fièvre intermittente hépatique prolongée, la guérison n'est pas impossible » (p. 112).

Nous arrivons à la remarquable thèse de BERTHAUT (23) qui a servi de référence à toutes les descriptions classiques jusqu'à ces dernières années. On y trouve étudiées en détail l'anatomie pathologique, la pathogénie et l'histoire clinique de l'évacuation biliaire des kystes hépatiques. L'opinion de Berthaut sur le sujet qui nous intéresse mérite une analyse un peu détaillée, car, nous venons de le rappeler, elle a été acceptée par la plupart des auteurs qui se sont occupés ultérieurement de la question.

« L'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires constitue un mode d'expulsion des hydatides par les voies naturelles et une tentative de guérison spontanée » (p. 11). Mais, en fait, « les nombreuses lésions que peuvent produire les migrations des hydatides dans les voies biliaires expliquent la gravité du pronostic qui doit toujours être réservé » (p. 76).

Tout en reconnaissant expressément « qu'on n'a pas encore trouvé à l'autopsie un exemple de kyste hydatique du foie communiquant d'une part avec les voies biliaires, d'autre part avec l'intestin », Berthaut n'en prétend pas moins que cette communication intestinale n'est pas exceptionnelle et que c'est elle qui explique les guérisons observées à la suite de l'élimination biliaire. « C'est, dit-il, l'accident le plus favorable qui puisse survenir » (p. 80). « La plupart des guérisons des kystes hydatiques du foie en voie d'élimination à travers les voies biliaires peuvent être attribuées à l'existence d'une communication de la tumeur avec l'intestin » (p. 53). Si l'on n'a jamais constaté, à l'autopsie, cette double communication des tumeurs hydatiques avec les voies biliaires et l'intestin, c'est précisément, dit Berthaut, « parce que dans ce cas la guérison est la règle ». On voit la pétition de principe !

Berthaut note, d'autre part (p. 52), que « l'évacuation par les bronches des tumeurs hydatiques du foie qui communiquent avec les voies biliaires est une circonstance jusqu'à un certain point favorable ». Toutefois, il reconnaît (p. 77), qu'« elle n'a pas toujours un résultat heureux ».

Enfin il insiste, avec raison, sur le fait que « dans certains cas la guérison n'est qu'apparente ; après un temps plus ou moins long, surviennent de nouveaux accidents qui amènent rapidement la mort ». Comparant, au point de vue de leur gravité, l'élimination biliaire des kystes hydatiques avec la

migration des calculs biliaires, Berthaut estime que dans le cas des kystes hydatiques « les lésions hépatiques sont toujours beaucoup plus graves ». En effet, tandis que dans l'obstruction calculeuse l'angiocholite chronique est fréquente et l'angiocholite aiguë rare, « dans l'obstruction par les hydatides, la bile est altérée par la présence de membranes vésiculaires. L'angiocholite chronique dure peu et fait bientôt place à l'angiocholite aiguë qui est presque constante ».

On conçoit, dès lors, qu'il arrive à la conclusion suivante : « La gravité du pronostic de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires semble justifier les interventions les plus hardies » (p. 103). D'après Berthaut, s'appropriant et poussant à l'extrême une idée que nous avons déjà vue exprimée par Davaine, « le traitement chirurgical ne peut être négligé que lorsqu'il existe en même temps des calculs biliaires (!) — ou bien lorsque la tumeur hydatique est évacuée également par les bronches ». Il doit être laissé de côté, ajoute-t-il, « si on est absolument sûr qu'il existe une communication directe suffisante entre la cavité du kyste et l'intestin. Le traitement médical sera alors utile » (p. 108).

Opposant, à son tour, au point de vue de leurs pronostics respectifs, la colique biliaire hydatique et la colique calculeuse, Cyr écrit : « En général, le passage des hydatides par les voies biliaires a des conséquences plus graves que le passage des calculs, en ce sens que l'angiocholite aiguë survient plus fréquemment dans le premier cas ». Dans un tableau souvent reproduit par les auteurs ultérieurs, Cyr attribue à la rupture des kystes du foie dans les canaux biliaires une mortalité de 70 o/o (24).

Plus tard, GILBERT et SURMONT écriront : « Il est certain que l'ouverture dans les voies biliaires peut être un mode de guérison du kyste hydatique, mais elle peut être le point de départ de complications graves » (25).

Pour LANCEREAUX (26), « l'ouverture d'une poche hydatique dans les voies biliaires, bien qu'étant une sorte d'élimination naturelle, n'a pas moins des inconvénients sérieux, en raison de l'étroitesse des canaux et de l'obstruction qui a pour conséquence habituelle l'infection ».

Voici l'opinion de DIEULAFOY : « L'ouverture du kyste dans le canal cholédoque constitue un accident grave. Si

l'hydatide est peu volumineuse, elle peut passer tout entière à travers le cholédoque et la guérison est possible ; mais si les membranes déterminent l'occlusion complète du conduit biliaire, il en résulte un ictère chronique et une angiocholite souvent aiguë et purulente avec toutes ses conséquences » (27).

En termes analogues, CHAUFFARD écrit : « Si la guérison spontanée peut être le résultat de l'ouverture du kyste dans les voies biliaires, bien plus nombreux sont les risques qui peuvent en résulter » (28).

M. DÉVÉ, dans son ouvrage sur *Les kystes hydatiques du foie*, résume l'opinion classique lorsqu'il écrit, au sujet de l'évacuation des kystes du foie dans les voies biliaires : « La terminaison par guérison, à la suite d'une pareille élimination du parasite, est des plus exceptionnelles » (29).

Dans son rapport à la Société de Chirurgie sur l'observation de Pierre Duval (30), QUÉNU, examinant l'évolution des kystes hépatiques ouverts dans les voies biliaires, montre que « le plus grand nombre des observations ne sont que des relations d'autopsie. Cependant la possibilité d'une guérison spontanée par l'évacuation intestinale des vésicules flétries est déjà démontrée par les observations de Bahrdt, de Gartszell et de Watson et par celle de Lasègue. Mais dans cette dernière on ne peut même dire guérison complète, car à sa sortie de l'hôpital, la malade éprouvait encore des douleurs dans l'hypochondre et l'épigastre ». Quénu insiste sur « la gravité considérable » de cette complication. « Dans la très grande majorité des cas la mort est le résultat d'une angiocholite aiguë ». De la brève analyse qu'il donne d'une série d'observations, il ne veut retenir qu'une conclusion : « C'est qu'il semble démontré que l'action des hydatides sur les voies biliaires principales est infiniment plus nocive et plus rapide que celle des calculs biliaires et qu'il y aurait plus d'urgence encore que pour la lithiasé à intervenir d'une façon précoce ».

TERRIER et AUVRAY ne font guère que paraphraser la thèse de Berthaut. « La rupture du kyste dans les voies biliaires doit être considérée comme une complication grave. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître aujourd'hui que l'élimination des kystes par les voies biliaires expose les malades à tous les périls de la rétention biliaire et se termine trop

souvent par la mort. D'après Cyr, la mortalité serait de 70 o/o, dans les cas qui nous occupent » (31).

L'année suivante, CARLE écrit dans sa thèse : « La rupture des kystes hydatiques du foie et leur élimination par les voies biliaires furent considérées par certains auteurs (Davaine et Frerichs, en particulier) comme un processus naturel de guérison. Nous pensons que dans ces cas d'évolution naturelle le pronostic est excessivement grave, on pourrait presque dire *fatal* » (32). Sur 31 cas, Carle ne relève que 3 cas de guérison spontanée réelle, 1 cas douteux et 1 cas « où l'évacuation des hydatides fut préparée par des calculs qui se trouvaient dans la vésicule biliaire ». Carle reprend, en effet, la vieille opinion de Davaine et de Berthaut et estime que « les calculs vésiculaires favorisent l'expulsion des débris hydatiques » (?). Dans son chapitre Pronostic, il prétend (p. 36) que « la mortalité est survenue (*sic*) dans 10,7 o/o des cas opérés et qu'elle atteint au contraire le chiffre lugubre de 83,9 o/o dans les cas évoluant naturellement. L'élimination des kystes rompus à travers l'arbre biliaire n'est donc point synonyme de guérison. C'est au contraire une complication très grave ».

DIALTI partage l'ancienne opinion de Trousseau « que des complications mortelles ne surviennent pas nécessairement à la suite de la pénétration des hydatides dans les voies biliaires ». En particulier quand le contenu du sac n'est pas septique, la mort n'est pas la règle et les accidents de migration peuvent se répéter longtemps sans phénomènes graves. C'est ce qu'il a pu observer chez un de ses malades (33).

Avec ses collaborateurs LAFFARGUE et MURATET, SABRAZÈS a rapporté 2 cas de guérison spontanée vérifiée après plusieurs années. « La nature, écrit-il, s'est chargée ici d'éliminer ces germes au dehors comme un corps étranger et de détruire ceux qui restaient. Elle l'a fait lentement sans doute, mais plus sûrement peut-être que le chirurgien dont l'intervention n'évite pas toujours l'échinococcose secondaire. Mais ces procédés lents de la nature sont loin d'être dépourvus de dangers et nonobstant cette guérison spontanée nous nous garderons bien de recommander aux patients la simple expectation en pareil cas » (34).

LECÈNE et MONDOR s'expriment ainsi, dans leur mémoire basé sur l'étude de 30 observations chirurgicales (35) : « La guérison par le drainage spontané du kyste dans le cho-

lédogue, bien que possible et signalée par Cruveilhier, Davaine, Lasègue, Hue, Sabrazès, est tellement exceptionnelle qu'il n'y faut pas compter ». En pratique, si l'on n'intervient pas, « l'angiocholite infectieuse entraîne le plus souvent la mort du malade ». Aussi Lecène et Mondor estiment-ils qu'« il est légitime de considérer l'opération chirurgicale comme la seule chance sérieuse de salut pour un malade atteint de cette redoutable complication ».

Si nous résumons les opinions exprimées jusqu'ici, nous voyons que, d'abord considérée comme fatale (Cadet de Gassicourt), l'élimination biliaire des kystes hépatiques avait été un instant regardée, avec Davaine, comme un événement plutôt favorable, capable d'amener la guérison. Très rapidement, en dépit de l'autorité de Davaine, la plupart des auteurs ultérieurs en étaient revenus à considérer l'éventualité en question comme une des plus graves complications qui puissent survenir au cours de l'évolution des kystes hydatiques du foie, puisque sa mortalité serait d'au moins 70 o/o et atteindrait même le chiffre « lugubre » de 83,9 o/o (Carle).

C'est l'opinion qui a été couramment admise de nos jours, surtout depuis que la chirurgie, intervenant dans les cas de ce genre, a pu apporter des exemples, chaque jour plus nombreux, de guérison opératoire. A peu près seul, Sabrazès a fait entendre une note un peu différente lorsqu'il remarquait que chez deux de ses malades, la nature s'était chargée d'éliminer les éléments parasitaires « lentement sans doute, mais plus sûrement peut-être que le chirurgien ».

En vérité, parmi les auteurs que nous venons de citer, bien peu ont pris la peine de réunir *sans parti pris* un nombre d'observations suffisant pour se faire une opinion réellement valable sur le sujet. Ce fut là, précisément, le premier soin de notre maître M. Dévé lorsque, au retour de la guerre, il reprit l'étude de cette question. Ayant patiemment rassemblé, non plus deux ou trois dizaines de cas, mais plus de 250 observations éparses dans la littérature médicale — exactement 253, à l'heure actuelle — il procéda, sans idée préconçue, à leur analyse. De la sorte il est arrivé, sur plus d'un point, à des conclusions très sensiblement différentes des affirmations classiques, partout reproduites.

Dans une note intitulée : *La débâcle hydatique biliaire a-t-elle une valeur curative ?* DÉVÉ écrivait, en 1920 : « Sur 48 cas où le processus a été abandonné à son évolution spontanée la mort est survenue 14 fois. A ces observations médicales il convient d'ajouter 4 observations chirurgicales dans lesquelles l'intervention s'est bornée à une laparotomie négative et où la guérison s'est poursuivie spontanément. La mortalité minima serait donc de 27 o/o. Mais nous devons faire remarquer que dans la majorité des observations en question, la guérison n'a pas été contrôlée au delà de quelques mois après la débâcle ; le sort ultérieur des malades demeure inconnu » ... « La conclusion qui se dégage de ces données, c'est que malgré des exemples incontestables, moins exceptionnels qu'on l'a dit, de guérisons spontanées à la suite de débâcles cholédoco-vatériennes plus ou moins répétées, il n'est guère permis de s'en remettre, en pareille circonstance, au processus curatif naturel, trop aléatoire » (13).

Disons dès maintenant que M. Dévé est revenu sur ce sujet à la fin de l'année dernière, en étudiant la désobstruction spontanée du cholédoque au cours de l'obstruction hydatique (15). « Ce serait à l'heure actuelle, écrivait-il, une grave imprudence que de s'en remettre, en semblable occurrence, aux efforts de la nature médicatrice ». Toutefois, faisant allusion au cas que nous allons rapporter tout à l'heure, il ajoutait : « Une exception est peut-être à faire pour les cas, d'ailleurs tout à fait rares, où la membrane-mère d'un kyste univésiculaire a été intégralement évacuée par les voies naturelles. Nous avons déconseillé l'opération dans un cas de ce genre, et notre malade paraît guéri ».

En République Argentine, CALCAGNO a récemment appelé l'attention sur les guérisons spontanées en matière de kystes du foie ouverts dans les voies biliaires (36). « L'orientation moderne, fait-il remarquer, est dans le sens d'un traitement purement chirurgical ». A l'encontre de cette opinion, il apporte deux observations personnelles où la terminaison favorable a été le résultat de l'évolution spontanée. « Ces deux cas, dit-il, prouvent éloquemment que la guérison peut survenir tant dans les formes cliniques atténuées que dans celles qui s'accompagnent d'angiocholite intense ».

Telle est la dernière publication ayant trait à notre sujet.

Il semblerait donc que, par un de ces retours d'opinion qui ne sont pas rares en médecine, une réaction se dessine,

depuis quelques années, contre l'opinion qui paraissait à peu près universellement admise des chirurgiens et même des médecins modernes, à savoir : la nécessité et l'urgence d'une intervention opératoire en cas de kystes du foie ouverts dans la canalisation biliaire. Cette réaction serait en quelque sorte « homologue » de celle que M. Dévé a déclenchée en matière de vomique hydatique pulmonaire.

Nous aurons à discuter si une semblable opinion est légitime.

II. — OBSERVATIONS

Observation (inédite) F. Dévé

Un garçon de 17 ans, cloutier, né à Rouen et y ayant toujours vécu, est pris de douleurs abdominales (coliques), le jeudi saint, 13 avril 1922. Douleurs survenant par crises, avec accalmies. La nuit, il dort tranquille ; mais, le lendemain matin 14 avril, il est repris de coliques. Ce jour-là, frisson ayant duré un quart d'heure. Le 15 avril, vomissement bilieux, deux heures après avoir mangé. Le soir, il prend le train pour aller passer les fêtes de Pâques chez sa grand'mère, à la campagne : voyage pénible ; coliques continuelles.

Le dimanche de Pâques (16 avril), il peut se promener, mais continue de souffrir. Même état le lendemain. Il rentre à Rouen le 18 avril ; son teint est un peu jaune et il a de fortes démangeaisons (urticaire ?). A partir du 25 avril, la jaunisse s'installe ; les selles, d'abord jaune clair, deviennent couleur de mastic. Le malade est traité pour un ictère catarrhal (régime lacté, bouillon de légumes). Au bout de huit jours, les selles se recolorent. On autorise un peu de viande : les coliques reparaissent.

Un nouveau médecin appelé le 10 mai fait les constatations suivantes : ictère foncé, selles grises, prurit, bradycardie. Pas de fièvre. Le foie déborde de trois travers de doigt, sans tuméfaction localisée, sans induration ; palper non douloureux ; la vésicule n'est pas perceptible. Rate normale. Diagnostic : ictère catarrhal.

L'état reste sensiblement le même, avec des périodes d'amélioration pendant lesquelles on reprend l'alimentation, jusque vers la fin de mai. A ce moment, aggravation : ictère plus foncé, traits tirés, bradycardie très marquée (40), malgré un peu de fièvre (38°, 38°5). Le foie, douloureux, déborde d'un large travers de main le rebord des côtes et forme, à l'épigastre, une saillie lisse, régulière, rénitente, sans tumeur localisée. On a l'impression d'un foie hypertrophié en masse.

Dans la nuit du 29 au 30 mai, grand frisson ayant duré une demi-heure. Le 31, foie très douloureux. Traitement : uroformine, calomel, lavements froids.

M. Dévé est appelé en consultation auprès du malade, le 2 juin.

Ictère foncé, fièvre ; foie gros et douloureux, uniformément rénitent, sans voussure, sans zone sonore. Selon la remarque du médecin traitant, la voussure épigastrique que formait le foie, la veille, est beaucoup moins marquée. M. Dévé demande à voir les garde-robes. Précisément, la mère du malade a constaté dans la dernière selle, qui a été conservée, quelque chose d'anormal : des masses noirâtres tranchant sur le reste des matières, couleur mastic. A l'examen, il s'agit manifestement de larges lambeaux de membranes hydatiques fortement imprégnées de bile (leur nature sera vérifiée, quelques instants plus tard, au microscope). Ces lambeaux, au nombre de cinq, sont enroulés. Deux d'entre eux mesurent 9 à 10 centimètres de long, sur 6 et 7 de large et 1 ou 2 d'épaisseur. On a affaire à une *membrane mère* épaisse, feuilletée, *sans le moindre débris de vésicules filles*. Le soir même, le malade devait encore évacuer quelques fragments de membrane qui furent malencontreusement jetés.

Le diagnostic devenait évident : on était en présence d'un *kyste hydatique du foie s'évacuant dans les voies biliaires*. Mais de plus, chose très importante, il s'agissait d'un *kyste univésiculaire dont la membrane-mère paraissait avoir été à peu près intégralement éliminée*. Dès lors, on pouvait espérer que tout pourrait rentrer dans l'ordre, *spontanément*, sans qu'une intervention chirurgicale devienne nécessaire. Néanmoins le malade fut envoyé à l'hôpital, le soir même, en vue d'une surveillance plus étroite et pour le cas d'une opération éventuelle.

Examen, le 3 juin. — Jeune homme, malingre, imberbe, d'aspect *infantile* (1). Ictère foncé. Température 38°6 matin, 39°2 soir ; ni frissons ni sueurs. Pouls ralenti, à 54. Urines vert-noirâtres (1/2 litre). Le foie n'a pas sensiblement diminué de volume depuis la veille. Son bord inférieur atteint l'épine iliaque et descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il mesure 23 centimètres sur la ligne mamillaire. Il est tendu, sensible à la palpation. Sa surface est régulière. La vésicule n'est pas perceptible. Respiration douloureuse, toux sèche (périhépatite). Rien du côté de la plèvre droite ni du poumon. — Traitement : goutte à goutte rectal de 1 litre de sérum glycosé, avec 1 gr. 50 d'uroformine.

5 juin. — Température moins élevée : 38°9 la veille, 37°6 le matin. Pouls très lent, à 40 et même 38, irrégulier (bradycardie totale). Urines plus abondantes et plus claires (1 lit. 500). Une selle colorée par la bile, sans nouveaux débris hydatiques. Foie moins gros (21 cent.) et plus souple. Langue humide. Le malade demande à manger.

6 juin. — La fièvre est tombée : T. : 37°1 la veille au soir, 36°9

1. Cf. F. Dévé, « Infantilisme hydatique », *Soc. de Biologie*, 15 mai 1920.

1^e matin. Pouls à 35. Urines abondantes (2 litres) et plus claires. L'ictère pâlit. Le foie a encore diminué: il mesure 19 centimètres. Abondante selle jaune bilieuse, sans débris hydatiques.

8 juin. — L'apyrexie persiste (37.2). Ictère moins accusé. Urines abondantes et claires (21.500). Foie non douloureux; selle bilieuse. Bradycardie persistante (34).

A partir de ce jour, l'état du malade a continué de s'améliorer très régulièrement, sans le moindre incident. Apyrexie complète. L'alimentation a été reprise et bien supportée. Selles normales. Cependant le foie reste encore congestionné; son bord inférieur affleure la partie supérieure de l'ombilic. Reprise prudente de l'alimentation. Continuation de l'uroformine à la dose de 1 gramme par jour.

16 juin. — *Examen radioscopique.* — Absolument négatif. Pas de déformation du diaphragme. Lobe hépatique droit normal; rien de visible dans le lobe gauche; aucune poche intra-hépatique. Poumons, plèvre et cœur normaux.

Le malade sort de l'hôpital, le 23 juillet, en parfait état. Toutefois son foie déborde encore de trois travers de doigt. Le malade, intelligent, reviendra à l'hôpital au moindre incident.

Revu le 2 octobre 1922, en très bon état, engraisé. Il n'a eu aucun trouble depuis sa sortie: ni douleurs, ni frissons, ni fièvre, ni démangeaisons. Ses selles soigneusement regardées n'ont présenté rien d'anormal. L'urine est restée claire. Foie débordant encore de deux travers du doigt: il mesure 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite; non déformé, souple, non douloureux. Pouls toujours lent, à 44. Le malade demande à reprendre son travail.

Nouvel examen le 9 août 1923. — L'état général est resté excellent; le malade s'est développé et a engraisé de 5 kilos depuis l'année dernière (taille 1 m. 53, poids 50 kg.). Il a pris le métier de couvreur qui l'oblige à des efforts de gymnastique; il est même devenu gymnasiarque et, au cours de ses exercices de « vol-tige », il n'a jamais ressenti de douleurs du côté de son foie. Ni coliques, ni fièvre. Le pouls est à 70. Foie mou, non douloureux, débordant d'un large travers de doigt: il mesure 14 centimètres. Examen des autres organes négatif.

Nous avons eu des nouvelles du malade il y a quelques jours (17 octobre 1923): il reste en bonne santé. *Il semble donc que ce malade puisse être désormais considéré comme guéri.*

**Kyste hydatique du foie évacué dans les voies biliaires.
Hydatidentérie. Guérison.**

Observation inédite communiquée au Dr Dédé par le Dr BALHADÈRE (père), de Pissos, Landes (avril 1911).

« Un médecin landais, camarade du Dr Balhadère, avait eu, peu après son installation dans les Landes, une série de crises de coliques hépatiques. A l'examen de ses selles, il reconnut la présence d'hydatides. Il guérit complètement et sa guérison est restée définitive ».

**OBSERVATIONS DE GUÉRISON DE KYSTES HYDATIQUES
DU FOIE APRÈS ÉVACUATION DANS LES VOIES
BILIAIRES**

Obs. I. — W. MUSGRAVE, Hydatides voided by stool, in *Philosoph. Transact.*, vol. XXIV, for the year 1704, 1705, n°295, p. 1797 (d'après Davaine).

Obs. II. — W. GAITSKELL, Case of discharge of 1.000 hydatids with biliary calculi and with recovery. *London med. repos.*, 1815 (d'après Davaine).

Obs. III. — CHOMEL, *Gazette des Hôpitaux*, 1836, p. 597.

Obs. IV. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 1848, p. 155, (d'après Letourneur, obs. IV).

Obs. V. — PERRIN, *Union médicale*, 20 février 1849 (d'après Davaine).

Obs. VI. — VITRAC, *Union médicale de la Gironde*, 1857 (d'après Davaine).

Obs. VII. — G. GALAMINI, *Bollet. Sc. med. Soc. med. chir. Bolognā*, 1858, p. 427 (d'après Parona).

Obs. VIII. — CHÉREAU, *Union médicale*, 1861, p. 584.

Obs. IX. — CHARCELLAY, *Union médicale*, 1866, p. 142.

Obs. X. — J. HARLEY, *Médico-chir. Transact.*, 1866, XLIV, p. 79.

Obs. XI. — WATSON, *Lectures on the Pract.*, 5^e édit., 1871, t. II, p. 632 (d'après Murchinson).

Obs. XII. — LASÈGUE et LANDRIEUX, *Archives de Médecine*, 1873, t. II, p. 718.

Obs. XIII. — CARRÉ, *Lyon médical*, 1874, p. 460.

Obs. XIV. — CAYLEY, *Pathol. soc. Transact.*, 1874, t. XXVI, p. 127.

Obs. XV. — FRERIGHS, *Maladies du foie*, Traduct. franç., 1877, obs. LXXX, p. 617.

Obs. XVI. — WESTERDYCK, *Berl. klin. Woch.*, 1877, n° 43.

Obs. XVII. — CYR, in Murchinson, traduct. franç., 1878, p. 60.

Obs. XVIII. — ARNDT, *Inaug. Diss.*, Greifswald, 1881.

Obs. XIX. — BUMKE, *Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 5.

Obs. XX. — LIANDIER, *Gaz. méd. de Paris*, 8 déc. 1883, et 26 janvier 1884, obs. VII.

Obs. XXI. — R. WEBER, *Beitr. z. Statistik der Echinokokkuskrankheit*, Inaug. Diss., Kiel, 1887.

Obs. XXII. — P. MELLETTI, *Collezione italiana letture medicina*, Milano, 1894 (d'après Parona).

Obs. XXIII. — UNGARELLI, *Il Policlinico*, suppl., 7 nov. 1896.

Obs. XXIV. — A. CANTIERI, *Il Pratico*, Firenze, 1897, p. 274 (d'après Parona).

Obs. XXV. — CONTI, *Gazzetta degli Ospedali*, 21 febr. 1897, p. 231.

Obs. XXVI. — CARDARELLI, *Maladies du foie et des voies biliaires*, p. 233 (cité par Conti).

Obs. XXVII. — LENOIR et LEVEN, *Arch. gén. de Médecine*, 1900, t. II, p. 486.

Obs. XXVIII. — CLAYTON, *The Lancet*, 15 sep. 1900, p. 810.

Obs. XXIX. — ALTHAUS, *Munch. med. Woch.*, 14 aug. 1900, p. 1135.

Obs. XXX. — SMITH, *The Lancet*, 9 fevr. 1901, p. 400.

Obs. XXXI. — RIBERA Y SANS, *Rev. de Med. y Cir. practicas*, Madrid, 1905, obs. 6.

Obs. XXXII. — CAVELLA Y PEIROLE, *El Siglo medico*, 16 déc. 1905, p. 819.

Obs. XXXIII et XXXIV. — SABRAZÈS, LAFFARGUE et MURATET, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 8 sept. 1907.

Obs. XXXV. — A. BECKER, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1907, LVI, cas 160.

Obs. XXXVI. — A. BECKER, *Ibid.*, cas 189.

Obs. XXXVII. — A. BECKER, *Ibid.*, cas 220.

Obs. XXXVIII. — François HÛE, in A. CAUCHOIX, *Thèse*, Paris, 1908, obs. XXXIII, p. 128.

Obs. XXXIX. — CARL, *Verein f. wiss. Heilk. z. Königsberg*, 1^{re} nov. 1909, in *D. med. Woch.*, 1910, p. 639.

Obs. XL. — D. J. CRANWELL, in DÉVÉ, *Arch. de Parasitol.*, 1912, t. XV, p. 519.

Obs. XLI. — L. TAMINI, *Arch. lat. am. de Pediatria*, julio-ag., 1913.

Obs. XLII. — C. LAGOS GARCIA, cité par Tamini.

Obs. XLIII. — CASTAGNO, *Semana médica*, Buenos-Aires, 21 mai 1914, p. 1139.

Obs. XLIV. — J. ABADIE, *Thèse*, Buenos-Aires, 1916, obs. III, p. 139.

Obs. XLV. — BALBONI, *Boston med. a. S. Journal*, 24 mai 1917, cas 1.

Obs. XLVI et XLVII. — B. CALCAGNO, *Semana medica*, 23 déc. 1920.

Obs. XLVIII. — C. FERNICOLA, *Thèse*, Buenos-Aires, 1920, obs. 1.

Obs. XLIX. — F. DÉVÉ.

Obs. L. — BALHADÈRE.

OBSERVATIONS DE GUÉRISON TEMPORAIRE DE KYSTES HÉPATIQUES ÉVACUÉS DANS LA CANALISATION BILIAIRE

Obs. LI. — R. BAHRDT, « Spontan geheilter Echinokokkus der Leber mit Abgang der Blasen durch die Gallengänge und den Darm ». *Arch. der Heilkunde*, 1872, p. 467 (Résumée).

Femme âgée de 26 ans. Début par des troubles dyspeptiques en mars 1868. Puis vives douleurs épigastriques irradiant vers la droite, suivies d'ictère avec décoloration des matières fécales, sans fièvre.

Examen en juin 1868 : Tuméfaction du foie et de la région vésiculaire. Apparition de la fièvre avec exacerbations à 40 et

41 degrés. Augmentation de la douleur hépatique et de la tuméfaction de la région vésiculaire, qui paraît fluctuante, le 4 juillet.

Le 6 juillet matin, collapsus, diminution de la douleur et affaissement de la tuméfaction hépatique. Dans la journée, selle contenant d'abondants débris hydatiques. L'issue de vésicules hydatiques dura plusieurs jours. Recolorations des selles.

Reprise passagère des douleurs avec fièvre qui disparaît à partir du 20 juillet. Diminution progressive du volume du foie.

À la sortie de la malade, au début de septembre, il reste encore un peu d'ictère qui persiste jusqu'au début de décembre. Guérison.

On avait admis que le kyste, ayant adhéré à l'intestin, avait évacué son contenu directement dans la lumière intestinale.

La malade devait revenir à l'hôpital, mourir de péritonite, le 24 février 1872.

Autopsie : Péritonite suppurée. Nulle part trace d'adhérences du foie à l'intestin. Masse calleuse siégeant en arrière de la vésicule biliaire, entre les deux lobes hépatiques, adhérente en arrière au diaphragme. Une section la montre formée par un kyste contenant de petites vésicules filles, toutes affaissées. La poche principale suit un canal biliaire rempli du mucus et contenant un calcul noirâtre plus gros qu'un haricot. Le cholédoque élargi mesure environ 8 millimètres de diamètre. Rien d'anormal du côté de la papille de Vater. Vésicule biliaire un peu ectopique ; canal cystique rétréci.

« Il ne reste guère d'autre possibilité que l'issue du kyste par les voies biliaires ».

Obs. LII. — L. VON BUHL. « Grosse Echinokokkuscyste im Lobus Spigelii. Durchbruch in den Ductus choledochus. Heilung mit Verbleiben einer faustgrosse Gallencyste ». *Ziemssen's Annalen der Stædt allgem. Krankenh. zu München*, Bd. II, 1876-1877, München, 1881, obs. II, p. 454 (Résumée).

Homme, 71 ans. Neuf ans avant sa mort (à 62 ans) il avait présenté des accidents morbides particuliers : augmentation de volume très anormale du foie qui descendait dans le voisinage de la symphyse pubienne. Brusquement, un jour, était survenue une diarrhée avec issue de masses verdâtres. Le foie revenait rapidement à son volume normal. Jamais, depuis, il n'avait regrossi. Malheureusement, les masses diarrhéiques n'avaient pas été examinées. « Il est possible qu'un kyste hydatique du foie se soit perforé dans l'intestin et s'y soit vidé ».

Deux ans plus tard et à de fréquentes reprises, le malade eut de l'ictère.

Mort de diarrhée cholériforme.

Autopsie : Le foie renferme une tumeur occupant la place du lobe de Spiegel dont il reste à peine gros comme deux noisettes. La vésicule biliaire est remplie de calculs qui s'avancent dans le canal cystique et le cholédoque jusqu'au duodénum. L'ictère à répétition avait été causé non par les hydatiques, mais par les calculs.

La tumeur, incisée, se trouve formée par une cavité, de 3 sur 5 centimètres, à parois fibreuses. Il s'en écoule de la bile et des restes de membranes hydatiques reconnaissables. Un diverticule de la poche conduit la sonde dans les voies biliaires.

« Ce cas constitue un exemple de guérison d'un kyste hydatique dont le volume avait certainement dû être considérable ».

Obs. LIII. — N. DALTON. « Suites d'un cas de kyste hydatique du foie. Résultats d'une laparotomie pour ascite. » *Clinical Soc. of London*, 9 nov. 1900. in *Brit. med. Journal*, 1900, t. II, p. 1440.

Jeune fille qui, à l'âge de 11 ans, avait été admise dans le service de Barlow pour kyste hydatique du foie. Elle rendit des hydatides par le rectum et expectora de la bile par le poumon droit. Elle se rétablit et resta en bonne santé jusqu'à l'âge de 16 ans. A cette époque apparut de l'ascite. Admise à l'hôpital. Il devint nécessaire de ponctionner l'abdomen tous les quinze jours.

Laparotomie exploratrice, dans l'espoir qu'on pourrait trouver et enlever un nouveau kyste ou les restes de l'ancien. Mais on ne trouva rien qui pût être enlevé. Il n'existait aucune adhérence, sauf à la face supérieure du foie, autour de l'ancienne fistule hépato-pulmonaire. Guérison opératoire, mais on dut pratiquer deux nouvelles paracentèses dans la quinzaine qui suivit l'opération. L'ascite ne se reproduisit plus.

La malade resta très bien portante pendant cinq ans.

En mai 1899, à l'âge de 23 ans, elle mourut de péritonite septique due à un éclatement de l'intestin contenu dans une éventration de la cicatrice opératoire, à l'occasion d'un effort violent.

A l'autopsie, le vieux kyste fut trouvé dans le foie, communiquant, en bas, avec un canal biliaire dilaté et, en haut, à travers le diaphragme, avec un canal bronchique dilaté.

Cirrhose hépatique. Péritonite chronique adhésive. Foyers purulents au milieu des anses intestinales. « Il semble que la guérison de l'ascite ait été due à la formation d'adhérences ».

Obs. LIV. — CHIARI. « Zur Frage der Entwicklung des Leber-Echinokokkus innerhalb der Gallenwege ». *Verhandl. der D. Path. Gesellschaft*, Leipzig, 15 avril 1909, p. 306 (Résumée).

Homme, 24 ans. Bien portant jusqu'en 1901. A cette époque — il avait 16 ans — il fut pris brusquement de douleurs avec gonfle-

ment de la région iléo-cæcale, fièvre et vomissements. On diagnostiqua une appendicite. Trois semaines plus tard, il rendit par les selles, une vésicule, de la taille d'une petite pomme et, deux jours plus tard, une autre vésicule affaissée, grosse comme un œuf de poule, qui, examinées à l'Institut pathologique, furent identifiées comme vésicules échinococciques. A la suite, tous les symptômes disparurent et le malade parut de nouveau bien portant.

De 1903 à 1905, il fait son service militaire.

Le 2 novembre 1908, brusquement, frisson, fièvre élevée, bientôt suivie d'ictère. Le foie était gros, douloureux et présentait le frémissement hydatique.

Le 14 novembre 1908, laparotomie. Incision d'un kyste gros comme une tête d'homme, situé dans le lobe hépatique droit, qui renfermait, outre une sérosité jaune, une énorme quantité de vésicules hydatiques dont une partie était fortement colorée par la bile.

Mort de péritonite le 17 novembre 1908.

Autopsie. — Péritonite suppurée, accompagnée de pleurésie purulente. Lésions d'appendicite chronique. Le lobe droit du foie est entièrement occupé par un volumineux kyste hydatique dans la cavité duquel s'abouchent de nombreux canaux biliaires. Les plus volumineux conduisent, après un trajet de 3 centimètres, dans l'origine du canal hépatique. Tous les canaux biliaires sont élargis, de même que l'orifice duodénal du cholédoque. On ne retrouve pas d'hydatides dans l'intestin.

Obs. LV. — E. HAMMER. « Kyste hydatique du foie avec double perforation dans les voies biliaires, puis dans une bronche ». *Gaz. hebdomadaire des Soc. méd. de Bordeaux*, n° 20, 14 mai 1922.

Une jeune fille de 20 ans se fit soigner, en 1883-1885, par les professeurs Pel et Stokvis pour un kyste hydatique du foie. Le diagnostic reposait surtout sur l'examen du liquide de ponction et par une hydatidémie dûment vérifiée. Cette dernière fut précédée de plusieurs accès d'angiocholite infectieuse avec ictère, fièvre et douleur. La malade fit une double phlegmatia et termina ainsi la première phase de sa maladie.

Celle-ci reprend trente-cinq ans après (!) obligeant la malade à rentrer à l'hôpital pour crachements de bile et hémoptysie. Songeant au cas de guérison spontanée publié par Sabrazès, on hésita à opérer cette femme déjà affaiblie et cachectique. Et, en effet, l'opération — ouverture du kyste par volet thoracique et tamponnement — fut fatale à la malade qui succomba le lendemain.

Autopsie. — Kyste calcifié, réduit au volume d'une noix, occupant la région supéro-interne du lobe droit du foie, très atrophié dans cette moitié. Cette cavité, de si faibles dimensions, parvenait

à s'ouvrir, en bas dans les deux branches du canal hépatique dilaté et à s'aboucher, en haut, avec une bronche dilatée, par une fistule traversant le diaphragme.

« De solides adhérences pleurales et péritonéales, une très forte sclérose des parties adjacentes du poumon droit, des vestiges de thrombose de la veine cave attestaient, de l'étendue et de la durée du processus morbide qui avait débuté, probablement, à l'âge de sept ans et menaçait donc cet organisme depuis plus de cinquante ans ».

III. — SYMPTOMATOLOGIE

Notre intention n'est pas de décrire en détail le tableau symptomatique général des kystes du foie ouverts dans les voies biliaires. Nous nous proposons seulement d'indiquer, en nous basant sur l'analyse de nos 55 observations, quelles ont été les *principales particularités de la symptomatologie dans les cas qui ont spontanément guéri*.

Douleurs à caractères de colique hépatique, ictère, fièvre du type hépatalgique ou bilio-septique, diminution de la tuméfaction hépatique (qu'il s'agisse du foie lui-même, de la tumeur kystique proprement dite ou de la vésicule biliaire), enfin — symptôme caractéristique — issue de débris hydatiques, soit par les selles (*hydatidentérie* de Dévé), soit par le vomissement (*hydatidémèse* de Dévé) : tels sont les signes cardinaux de l'élimination cholédoco-vatérienne des kystes hydatiques du foie.

Nous allons reprendre succinctement chacun de ces symptômes en envisageant leurs caractères particuliers dans les cas que nous avons en vue.

A. — La DOULEUR a été signalée dans toutes nos observations. C'est le symptôme le plus constant. Presque toujours elle s'est présentée, au moins au début, sous la forme typique de la *colique hépatique*. Ce dernier caractère a pu faire défaut dans un petit nombre d'observations où les coliques initiales ont été atténuées et ont fait place à des douleurs plus vaguement hépatalgiques.

Ordinairement, la douleur paroxystique — avec ses caractères d'intensité, de recrudescences, d'irradiations, avec son cortège de vomissements, de frissonnements, d'agitation, de plaintes, parfois d'état lipothymique — se reproduit à chaque migration d'hydatides, jugée par une émission de débris caractéristiques dans les selles.

A propos de la douleur, nous devons signaler qu'on retrouve très souvent mentionnée dans les anamnétiques, l'existence de crises douloureuses, de coliques hépatiques

typiques, remontant à plusieurs mois, souvent même à plusieurs années, avant la constatation avérée d'hydatides dans les garde-robes. Quénu et Chauffard ont bien insisté sur l'existence de ces *accès douloureux prémonitoires*, dont l'interprétation a été discutée. Il nous faut en dire quelques mots.

Jusqu'aux travaux de M. Dévé, presque tous les auteurs avaient écarté *à priori* l'hypothèse de migrations hydatiques successives comme explication des crises en question. Car « ces auteurs se refusaient à concevoir qu'une communication kysto-biliaire pût persister pendant de longs mois sans entraîner des accidents d'angiocholite mortels » (12). C'est ainsi que Quénu écrit : « Nous n'oserions pas admettre que cette évacuation puisse dépasser quelques mois et durer des années sans provoquer une inflammation grave des voies biliaires ». Et plus loin, à propos d'un cas personnel : « Il est difficile d'admettre dans notre observation, comme dans celle de Riedel, que la communication d'un kyste avec la vésicule ait pu se prolonger pendant des années sans occasionner d'autres accidents que des coliques hépatiques espacées » (1).

Les auteurs avaient donc été amenés à imaginer une série de théories pathogéniques destinées à interpréter ces crises douloureuses « prémonitoires » : infection kystique (Picazzo), péri-hépatite (Quénu), compression des grosses voies biliaires (Tuffier), péritonite sous-hépatique (di Giovine), angiocholite catarrhale avec spasme (Bérard et Cavaillon), angiocholite toxi-hydatique (Quénu), bilio-spasme réflexe d'origine toxi-hydatique (Chauffard).

Or, d'après M. Dévé, qui a apporté à l'appui de son opinion une série d'arguments et de faits démonstratifs, la plupart des crises de coliques hépatiques franches observées chez les porteurs de kystes hydatiques, aussi loin qu'elles remontent, trouvent dans l'*élimination périodique de débris vésiculaires dans les voies biliaires* une explication simple et objective.

En réalité, et c'est un point sur lequel nous aurons à revenir, beaucoup d'hydatidentéries restent *méconnues*, parce qu'on néglige l'examen attentif des garde-robes et le *tamissage des selles*.

1. B. QUÉNU, « L'ictère dans les kystes hydatiques du foie », *Revue de Chirurgie*, 10 août 1910, p. 255 et 273.

B. — L'ICTÈRE constitue le second symptôme à peu près constant. Parfois pourtant il demeure très léger (obs. XVI), ou de très courte durée, ou encore tardif (obs. XX). Il a enfin pu faire défaut (obs. IV, LIV). Ce sont des particularités que Berthaut avait parfaitement notées. Passagé ou prolongé, parfois variable, sujet à rechutes, il dure autant que l'obstruction du conduit principal ; celle-ci peut être incomplète ou intermittente. Il peut manquer ou rester atténué dans une circonstance très particulière : en cas de fistule bilio-bronchique, particularité déjà signalée par Ortiz-Coffigny.

C'est qu'en effet, comme y a insisté M. Dévé, l'ictère observé en pareils cas reconnaît, avant tout, une *pathogénie mécanique*. « Qu'un certain degré d'angiocholite et d'infection biliaire se surajoute très souvent aux phénomènes mécaniques de la colique hydatique, ce n'est pas douteux. Mais nous pensons que ce qui règle le processus pathogène et ce que le chirurgien doit viser surtout, c'est moins l'angiocholécite infectieuse, histologique, que le macroscopique *bouchon hydatique* qui, oblitérant le canal excréteur, détermine la rétention d'une bile plus ou moins septique » (2). En général, dès que disparaît l'embâcle hydatique, l'ictère s'atténue rapidement.

C. — La FIÈVRE est notée expressément dans au moins 25 de nos observations ; mais il n'est guère douteux qu'elle ait dû exister beaucoup plus fréquemment. Nombre d'observations sont sommaires. Du reste, la fièvre peut être légère ; elle ne survient parfois que tardivement ; surtout, elle est souvent intermittente, irrégulière. Fréquemment elle s'accompagne de *frissons*. Son origine infectieuse n'est pas douteuse ; elle est due à la résorption d'une bile septique.

Néanmoins, il est incontestable qu'elle peut faire longtemps défaut, malgré l'oblitération biliaire.

D. — Un symptôme très important et fréquemment constaté est la TUMÉFACTION HÉPATIQUE, suivie de son AFFAISSEMENT CRITIQUE. Tantôt la tuméfaction porte *sur l'ensemble du foie*, gorgé de bile. Tantôt elle porte plus manifestement *sur la poche kystique* elle-même, lorsque celle-ci est visible ou perceptible à l'épigastre (comme par exemple, dans les obs. XLV et XLVI). Tantôt enfin, mais plus rarement, la rétention biliaire se fait surtout sentir *sur la vésicule biliaire* : on constate alors ce qu'on appelait autrefois la « tumeur

biliaire ». C'est encore un point que M. Dévé a mis en lumière lorsqu'il a étudié l'état de la vésicule dans l'obstruction hydatique des voies biliaires (5) : la dilatation vésiculaire existerait anatomiquement dans les deux tiers des cas. « Elle a pu être constatée cliniquement, de façon continue ou intermittente ».

Quelle que soit sa modalité, la tuméfaction hépatique est due à l'engorgement biliaire et elle s'affaisse brusquement, *elle se vide* dans le duodénum dès que le bouchon hydatique a été expulsé : d'où l'abondant *flux biliens intestinal* qui accompagne la débâcle. Plusieurs fois, on a constaté, comme dans la colique calculeuse, une *tuméfaction aiguë précritique* (Dévé). Selon l'expression de M. Dévé, employée par lui en analogie avec le « foie accordéon cardiaque » décrit par son maître Hanot, on a affaire à un véritable « *foie accordéon hydatique*. »

Le brusque affaissement de la tuméfaction hépato-kystique ou vésiculaire a été noté dans 16 de nos observations (obs. III, IV, XII, XIII, XV, XVI, XVIII, XXIX, XXX, XXXIV, XLIII, XLV, XLVI, XLIX, LI, LII).

E. — Le REJET A L'EXTÉRIEUR DE MEMBRANES ET DE VÉSICULES HYDATIQUES a été vérifié dans toutes nos observations. Dans toutes, sauf deux, ce rejet s'est fait par la voie intestinale, sous la forme d'*hydatidentéries* plus ou moins répétées. Dans 8 de ces observations l'hydatidentérie a été *précédée ou accompagnée d'hydatidémèse* (obs. I, VI, XI, XX, XXIII, XXXV, XXXVII, XLIII). Enfin dans 2 observations (obs. III et VII) une *hydatidémèse* s'est produite à l'exclusion de tout rejet — constaté — de débris hydatiques par les fèces.

On doit à M. Dévé une description condensée de ce qu'il a appelé la « débâcle hydatique cholédoco-vatérienne » (11). Nous en reproduirons les principaux traits, car ce complexe symptomatique représente l'élément capital et *caractéristique* de l'élimination biliaire des kystes hydatiques du foie. Il s'est montré particulièrement typique dans nos observations III, IV, V, XIII, XXXI, XXXIV, XXXVIII, XLIII.

« Survenant, en règle générale, chez des individus ayant eu antérieurement des crises de colique hépatique (remontant souvent à de nombreuses années), moins fréquemment d'emblée, la débâcle hydatique est précédée d'une phase, courte ou prolongée, de colique hépatique traduisant l'obs-

truction épisodique de l'hépto-cholédoque par l'« embâcle hydatique » et la mise en tension aiguë de l'appareil biliaire au-dessus de l'obstacle. Le moment où va se produire la désobstruction biliaire est souvent marqué par une recrudescence des accidents (parfois avec sensation de déchirement interne et état lipothymique), suivi d'une brusque détente.

« Bientôt les débris hydatiques sont rejetés à l'extérieur : par vomissement, par défécation ou à la fois par l'une et l'autre voies. L'hydatidémèse d'origine vaterienne s'accompagne d'un vomissement plus ou moins abondant de liquide bilieux, quelquefois purulent et fétide. Quant à l'hydatidentérie vaterienne, elle consiste dans l'expulsion d'hydatides affaissées et teintées par la bile ou parfois encore intactes et transparentes, au milieu d'une copieuse selle liquide, franchement bilieuse, plus rarement purulente, exceptionnellement accompagnée de sang (obs. XXXIV). De nouvelles garde-robes liquides, renfermant ou non des débris hydatiques, se répètent le plus souvent coup sur coup.

« La quantité d'hydatides brusquement rejetées par cette sorte de « vomique hydatique biliaire » peut aller de quelques unités à plusieurs dizaines, voire plusieurs centaines. La taille des éléments parasitaires ayant franchi l'ampoule de Vater pourra surprendre au premier abord : à maintes reprises, on a noté la présence d'hydatides entières, rebondies, de la grosseur d'un grain de raisin, d'une noisette et même d'une cerise ; on a trouvé dans les selles des fragments de membranes ayant 10 centimètres de long, 5 de large et 2 à 3 d'épaisseur ».

De larges morceaux de membranes ou des hydatides relativement volumineuses ont été constatés notamment dans les observations XXXIV, XXXVII, XXXIX et dans notre observation princeps (XLIX).

Deux modalités particulières d'hydatidentérie méritent d'être soulignées.

La première consiste dans une élimination de lambeaux de membrane-mère non accompagnés d'hydatides — particularité qui démontre qu'on a affaire à un kyste univésiculaire. C'est une circonstance rare. Elle n'a été observée que dans quatre de nos observations (obs. XXVII, XXX, XLI et XLIX). Elle présente, comme nous le verrons, un grand intérêt au point de vue pronostique et thérapeutique.

Une autre modalité mérite d'être bien connue. Elle consiste dans ce qu'on pourrait appeler la *variété microscopique* de l'hydatidentérie. Dans certains cas, en effet, « les débris cuticulaires subissent, à la longue, sous l'influence des fermentations bilio-intestinales, une sorte de *digestion* qui peut les amener à un état déliquescent » (Dévé). On comprend dès lors que, même lorsque les selles sont tamisées, certaines hydatidentéries puissent passer inaperçues. Un examen microscopique serait nécessaire pour identifier la nature parasitaire de certains débris d'aspect glaireux ou muqueux (présence de crochets spécifiques, striation réfringente caractéristique des petits lambeaux de cuticule). Il faut dire qu'une semblable circonstance est exceptionnelle et que, d'ordinaire, on retrouve au moins quelques débris ne laissant, même macroscopiquement, aucun doute pour un œil averti.

F. — Un dernier symptôme nous reste à signaler. Il est d'observation en vérité peu fréquente, mais, associé au syndrome de la colique hépatique ou d'un ictère aigu par rétention, il prend une valeur sémiologique de premier ordre qui en fait un *signe révélateur* : nous voulons parler de l'URTICAIRE. On trouve ce symptôme consigné dans six de nos observations (obs. XIII, XXV, XXVII, XXXI, XXXIV et XLIV). Parfois c'est seulement le lendemain ou le surlendemain de la débâcle qu'apparaît l'éruption ortiée (obs. XXVII), quelquefois même plus tard (obs. XXXIV). Il va de soi qu'elle n'offre, alors, aucun intérêt diagnostique. Mais on peut l'observer à la période d'obstruction, en même temps que l'ictère (obs. XIII, XXV, XXXI). Elle peut même se répéter plusieurs jours. On comprend qu'en pareil cas elle acquière une grande signification diagnostique.

IV. — ÉVOLUTION

Quelle est l'évolution de l'élimination hydatique biliaire dans les cas livrés à leur marche naturelle et qui se terminent par la guérison ?

La débâcle cholédocienne critique, qu'elle se fasse en une fois ou qu'elle se poursuive pendant plusieurs jours, est généralement suivi d'un *Syndrome de convalescence* caractérisé par :

1° La recoloration des matières fécales, qui deviennent souvent même surcolorées, verdâtres, en même temps que liquides, du fait du flux biliaire ;

2° La diminution rapide de l'ictère ;

3° Une diurèse abondante d'urines de plus en plus claires ;

4° La chute brusque de la température et la disparition des accès fébriles intermittents. Cette apyrexie s'accompagne généralement de bradycardie ;

5° La suppression des douleurs ;

6° La régression d'abord brusque, puis progressive du volume du foie ;

Enfin 7° la reprise du sommeil, de l'appétit et l'amélioration de l'état général.

Ce rapide retour à l'état de santé fait espérer aux patients, et souvent au médecin, une guérison définitive. En réalité, « le malade est presque toujours voué à de nouvelles crises qui se répéteront à plus ou moins longs intervalles et se jugeront par de nouvelles débâcles libératrices — à moins que ne surviennent de graves complications » (13).

Variable est le *nombre* des hydatidentéries ou des hydatidémèses constatées. Nous savons que le chiffre en reste toujours très au-dessous de la réalité. Nombre de ces éliminations (tout au moins des éliminations intestinales) restent, en effet, latentes ou plus exactement *méconnues* des malades et de leur médecin — faute d'une recherche systématique par le tamisage des garde-robes.

Dans 18 de nos observations on trouve signalée une seule

évacuation de débris hydatiques ; dans 7 observations, 2 ; dans 2 observations, 3 ; dans 2 observations, 4 ; dans 4 observations, 5, 6 et 7 hydatidentéries ; dans 11 observations on indique « plusieurs » ou de « nombreuses » éliminations spécifiques. C'est ainsi que dans l'observation XIII nous trouvons noté qu'après une première évacuation de débris hydatiques, « les selles continrent pendant longtemps des hydatides vides, de moins en moins nombreuses, puis des membranes informes ». Dans l'observation de Bumke (XIX), la malade présenta des crises à répétition. « Des accidents semblables se reproduisirent six fois du 1^{er} avril au 8 mai et presque chaque jour, durant ce temps, on trouva des hydatides dans les selles ». Dans l'observation de Cayley on observa 12 attaques dans le cours d'une année. Dans celle de Westerdyck, il y eut 6 crises en dix semaines, etc.

Les *intervalles* auxquels se répètent les crises sont des plus variables et irréguliers. Perrin est seul à indiquer, dans sa vieille observation (1849), que « pendant quatre mois, tous les trois septenaires, à *jour fixe* (!), survenaient des coliques hépatiques accompagnées d'évacuations abondantes dans lesquelles sont des hydatides et des calculs biliaires, au milieu d'une bile gluante ».

A ce sujet, une distinction est à faire entre les coliques hépatiques « prémonitoires », au cours desquelles on n'a pas remarqué — presque toujours, parce qu'on n'y a pas regardé — d'issue de débris hydatiques, et les crises douloureuses tardives suivies d'hydatidentéries reconnues. Les premières remontent souvent très haut dans les antécédents des malades :

Entre la *première colique hépatique* et la *première hydatidentérie avérée* il s'est écoulé :

2 mois,	dans	3 observations	
3 mois	—	4	—
6 mois	—	4	—
1 an	—	3	—
2 ans	—	5	—
3 ans	—	3	—
4 ans	—	1	—
5 ans	—	2	—
6 ans	—	1	—
8 et 10 ans	—	3	—

Or, nous avons dit que, pour M. Dévé, les premières coliques pourraient fort bien reconnaître la même pathogénie que les dernières et correspondre à de petites hydatidénités discrètes, fractionnées, restées méconnues faute d'un examen méthodique des selles.

Si maintenant nous relevons dans nos observations l'intervalle qui a séparé *la première hydatidénité reconnue de la dernière*, nous obtenons les chiffres suivants :

15 jours.....	2 cas
1 mois.....	3 —
1 mois 1/2.....	1 —
2 mois.....	3 —
3 mois.....	1 —
4 mois.....	2 —
6 mois.....	1 — (obs. XXXIV)
1 an.....	1 — (obs. XXVIII)

Voici donc des cas absolument indiscutables établissant que la poche en communication avec les canaux biliaires peut y « égréner » (Dévé) ses hydatides pendant de nombreux mois. C'est une notion très importante dont nous aurons à nous souvenir lorsque nous envisagerons le pronostic et le traitement ; car une semblable élimination prolongée constitue, pour le malade, une menace qui ne peut être négligée.

Complications

La stagnation des membranes parasitaires dans les voies biliaires et spécialement dans la voie principale est, selon les cas, brève ou prolongée. Dans ce dernier cas elle devient habituellement l'origine de complications plus ou moins graves. Nous n'avons pas ici à les passer toutes en revue, mais seulement à indiquer celles qui, dans nos observations, se sont montrées *compatibles avec la vie et la guérison spontanée des malades*.

La plus commune et la plus importante est l'*angiocholite*.

Atténuée, l'inflammation infectieuse des voies biliaires est, peut-on dire, constante. Elle reste alors souvent silencieuse. Mais lorsqu'elle devient plus sévère, elle se traduit par la fièvre à type bilio-septique. Il est intéressant de rete-

nir que, comme l'avait noté autrefois Ortiz Coffigny, même en pareil cas, et en dépit d'une haute gravité, *elle peut guérir naturellement*, à partir du moment où la perméabilité de la canalisation biliaire se trouve rétablie.

A ce titre, l'observation d'un de nos maîtres rouennais, M. François Hue (obs. XXXVIII), nous paraît très suggestive. Elle a trait à un boucher fécampois. A la suite d'une première débâcle biliaire, les évacuations d'hydatides se poursuivirent durant plusieurs semaines « avec continuation d'une fièvre irrégulière et affaiblissement inquiétant du malade ». Cependant, peu à peu tout était rentré dans l'ordre, lorsque survint une seconde série d'accidents pareils aux premiers. « Cette seconde période d'évacuation par les voies biliaires s'accompagna de tous les symptômes inquiétants : fièvre, ictère, vomissements incessants, dénutrition ». La guérison spontanée n'en survint pas moins et elle est restée *définitive*. « Ces événements datent de quatre ans, disait M. François Hue en 1907, et depuis lors l'ancien malade jouit d'une santé parfaite, qu'il arrose, comme on sait le faire en Normandie, dans tous les marchés à bestiaux de la région ». Nous pouvons ajouter que M. Dévé a eu l'occasion d'examiner ce malade il y a deux ans — *dix-huit années après* l'évacuation de son kyste dans les voies biliaires. Sauf un foie un peu gros, qui pouvait reconnaître une autre cause, il ne présentait depuis longtemps aucun trouble en relation avec son ancienne affection. Particularité dont M. Hue n'avait pas eu connaissance, le malade avait présenté, deux ans après les premiers accidents, des *vomiques* de pus bilieux ayant duré près de deux mois (sans rejet d'hydatides).

Dans la seconde observation de Calcagno (XLVII) nous voyons, de même, une femme guérir spontanément malgré une « angiocholite intense » caractérisée par une augmentation de volume du foie, un ictère très marqué, une fièvre accompagnée de frissons. Il est assez piquant de constater que dans le cas en question une intervention chirurgicale avait été tentée qui était restée négative.

La *suppuration du kyste ouvert* dans les voies biliaires succède fréquemment à l'angiocholite et à la rétention biliaire plus ou moins septique. *Même en pareils cas, la guérison naturelle peut survenir*. Cinq de nos observations sont très probantes à cet égard. On pense bien que nous sommes très éloigné de vouloir conclure de ces cas que l'abstention est la

meilleure conduite à tenir en semblable circonstance. Mais, pour exceptionnelle qu'elle soit, cette éventualité mérite d'être connue.

Dans le premier cas (obs. III), nous voyons une malade ayant présenté à plusieurs reprises, depuis un an, des douleurs hépatiques et de l'ictère, guérir après avoir rendu par vomissement « deux pintes d'un liquide trouble extrêmement fétide, tenant en suspension une vingtaine d'hydatides ».

Chez la malade de Bumke (obs. XIX), une ponction exploratrice faite dans son kyste avait révélé un *pus malodorant*. La malade eut une vomique hépato-bronchique, puis présenta un syndrome d'obstruction cholédocienne suivie d'hydatidentéries répétées qui amenèrent la guérison.

La malade de Liandier (obs. XX) avait eu des coliques hépatiques. « Quelques jours après survinrent des vomissements très abondants de *pus infect*, de teinte jaunâtre, mêlé de bile et de pellicules blanches ». Par la suite, la patiente devait rendre des hydatides par expectoration, puis être prise de nouvelles coliques hépatiques avec ictère, fièvre élevée, phénomènes graves qui devaient durer une huitaine de jours. Elle n'en sortait pas moins de l'hôpital, un mois plus tard, en bon état et apparemment guérie.

Dans le cas d'Ungarelli (obs. XXIII), une femme qui avait déjà en quatre crises de coliques hépatiques, voit se développer au niveau de son épigastre une tumeur fluctuante douloureuse. Une ponction exploratrice en retire un *pus crémeux*. Peu à peu la tumeur diminuait de volume quand survint un nouvel accès accompagné d'ictère, au cours duquel la malade rendit par les selles et le vomissement des vésicules hydatiques colorées par la bile. Guérison définitive.

Enfin dans l'observation de Balboni (obs. XLV) un homme souffrant depuis cinq mois de coliques hépatiques avec ictère et amaigrissement prononcé, présentait une tumeur à l'épigastre. Dix jours après son entrée, on remarque que sa tumeur a subitement diminué de volume ; peu après, le malade élimine par les selles de nombreuses hydatides. Une ponction évacuatrice faite dans la tumeur retira 40 onces d'un liquide brun-jaunâtre, fétide, qui contenait de la bile et du *pus*. Le malade sortait de l'hôpital, un mois plus tard, « débarrassé de ses symptômes ».

Une autre éventualité, la *fistule hépato* ou *kysto-bronchique*, a été observée (on l'a vue signalée dans deux des observations auxquelles nous venons de faire allusion), qui, malgré sa gravité, n'a pas moins permis la guérison sponta-

née. C'est ce qu'établissent six de nos observations (obs. XI, XIII, XX, XXXIV, XXXVIII, LIII).

Que deviennent, par la suite, à longue échéance, ces kystes évacués dans les voies biliaires paraissant définitivement guéris?¹

Sur ce point très important les observations LI, LII, LIII, LIV et LV nous fournissent des renseignements particulièrement intéressants. Elles démontrent que *la poche kystique originelle, plus ou moins rétractée, persiste très longtemps et demeure en communication avec la canalisation biliaire*.

Obs. LI. — *Trois ans et demi après* la guérison apparente, la poche scléreuse et indurée communiquant avec les conduits biliaires contenait encore des hydatides.

Obs. LIV. — *Huit ans après* une débâcle hydatique constatée et suivie d'une apparente guérison, le kyste originel, resté en large communication avec les gros canaux biliaires, persistait bourré d'hydatides.

Obs. LII. — *Neuf ans après* une débâcle apparemment curative, il restait encore des membranes dans la cavité kystique rétractée, pleine de bile. En outre, des calculs biliaires s'étaient développés, ressortissant à ce que M. Dévé a appelé la *cholélithiase hydatique consécutive* (7).

Obs. LIII. — *Douze ans après* une hydatidentérie suivie de fistule bilio-bronchique, le vieux kyste était encore en communication avec une bronche et un canal biliaire dilatés.

Obs. LV. — *Trente-cinq ans après* une hydatidentérie vatrienne le sac originel, réduit au volume d'une noix et calcifié, avait donné lieu à une fistule bilio-bronchique !

De telles observations sont bien faites pour rendre réservé au sujet de l'avenir des malades spontanément « guéris » après élimination hydatique biliaire.

Ajoutons qu'il serait intéressant, par comparaison, de rechercher, à l'autopsie, ce que sont devenues, à longue échéance, les poches kystiques du même ordre, *dans les cas traités chirurgicalement*, en particulier dans ceux qui ont été traités par simple cholédocotomie suivie de drainage de

l'hépatique. Peut-être les observations chirurgicales, encore relativement récentes, manquent-elles du recul suffisant pour permettre une appréciation définitive des résultats. Néanmoins il est des cas pour lesquels on peut dès à présent espérer que la guérison obtenue par simple drainage biliaire restera définitive. Une opérée de notre maître M. Jeanne a été revue par M. Dévé, en très bonne santé, *plus de huit ans* après l'opération (1). Un homme opéré par le professeur Lecène en 1913 était resté parfaitement guéri *après neuf ans* (2).

1. F. DÉVÉ, *Académie de Médecine*, 11 nov. 1919.

2. P. LECÈNE, *Société de Chirurgie*, 25 oct. 1922.

V. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Avant d'aborder l'étude du pronostic de l'élimination biliaire des kystes hépatiques, nous envisagerons brièvement les conditions anatomiques et physio-pathologiques générales qui président à cette éventualité et expliquent l'issue favorable observée dans un nombre relativement important de cas.

Du *siège des kystes évacués dans les voies biliaires* nous ne dirons que quelques mots. Tous les auteurs s'accordaient jusqu'ici à admettre que la déhiscence biliaire était presque exclusivement le fait des kystes de la face inférieure du foie et plus spécialement des kystes siégeant dans la région hilare. Contrairement à cette opinion, M. Dévé a montré, faits en mains (4), que les poches qui s'évacuent le plus souvent dans la canalisation muqueuse du foie sont celles qui siègent dans la *région supéro et postéro-latérale du lobe droit* (41,2 o/o des cas). Développés dans la « zone silencieuse du foie », ces kystes ont pour caractéristique chirurgicale d'être *intra-thoraciques et inabordables par la laparotomie*. Viennent ensuite, avec une égale fréquence (25 o/o) les kystes de la face antérieure (régions chondro-costale et épigastrique) et les kystes de la face inférieure (lobe gauche, lobe carré, lobe droit). En dernier lieu arrivent les kystes du lobe de Spiegel (8,7 o/o).

A priori, le *volume des kystes* et par suite l'abondance de leur contenu parasitaire semblerait devoir intervenir dans l'importance, la durée et la gravité des « embâcles hydatiques ». Cependant ce serait une erreur de penser que les petites poches sont nécessairement les moins dangereuses. On est souvent surpris, aux autopsies, de la petite taille de kystes ayant provoqué les complications mortelles. A vrai dire, on a alors affaire à de vieux kystes depuis longtemps évacués.

L'épaisseur du *kyste fibreux*, sa rigidité, sa calcification

éventuelle, jouent un rôle très important dans la persistance des accidents et expliquent, pour une part, les éliminations prolongées. Comme le faisait déjà remarquer Berthaut, « on comprend que ces lésions ne soient pas favorables à la guérison ». Elles font comprendre pourquoi l'affaissement et la rétraction de la poche évacuée ou en voie d'évacuation ont beaucoup plus de difficulté à se réaliser dans le foie que dans le poumon. Dans ce dernier organe, au parenchyme particulièrement plastique, on sait que l'adventice des kystes reste mince et souple.

Une condition anatomo-pathologique doit être bien mise en relief : elle concerne le *contenu kystique*. « Ne s'évacuent guère dans les voies biliaires que les kystes à contenu complexe, depuis longtemps déjà eux-mêmes envahis par la bile », a écrit depuis longtemps M. Dévé (1). Et notre maître a donné l'explication du fait en montrant que le contact de la membrane-mère avec la bile est une cause fréquente de la « vésiculation endogène » — les scolex contenus dans la vésicule primitive ne tardant pas, en pareille circonstance, à entrer en évolution vésiculaire défensive (2). Il résulte de l'étude des observations rassemblées par M. Dévé qu'il s'est agi de kystes multi-vésiculaires dans 93 o/o des cas. De fait, sur nos 55 observations il n'en est que 4 (7,2 o/o) dans lesquelles on ait eu affaire à l'élimination de la membrane-mère d'un kyste uni-vésiculaire (obs. XXVII, XXX, XLI et XLIX). Nous verrons l'importance de cette notion au point de vue de la conduite à tenir en l'espèce.

La pathogénie de l'évacuation des formations parasitaires engagées dans la canalisation biliaire, est simple. Constitués par une substance molle, malléable, élastique et plus ou moins visqueuse, les lambeaux de membrane et les hydatides flétries — ou parfois encore vivantes et rebondies — pénètrent dans la fistule kysto-biliaire et, dès lors, se trouvent entraînés dans les gros canaux extra-hépatiques.

Par quel processus les masses parasitaires sont-elles amenées à s'engager dans l'orifice biliaire, de taille générale-

1. F. Dévé, *Les kystes hydatiques du foie*. Paris, 1905, p. 99.

2. F. Dévé, La forme multivésiculaire du kyste hydatique. Ses conditions pathogéniques. *Société de Biologie*, 6 mai 1916. — Les vésicules-filles. Leurs conditions pathogéniques. *La Presse médicale*, 8 août 1918.

ment petite, du moins dans la période initiale ? La *pesanteur* joue probablement un rôle important, car dans telle ou telle attitude (station debout ou assise, décubitus dorsal ou latéral), l'orifice de communication se trouve être au point déclive de la poche. Interviennent en outre activement les multiples *pressions* que peuvent exercer sur la poche kystique et sur le foie les mouvements respiratoires, la toux, le décubitus, les efforts, les heurts de la vie courante. Point n'est besoin d'invoquer, comme le faisait Berthaut, « la rétraction de la poche fibreuse qui tend à revenir sur elle-même ».

Après Davaine, une série d'auteurs (Letourneur, Berthaut, etc.) ont semblé admettre qu'il y avait, dans l'évacuation biliaire des kystes hépatiques, une sorte d'ordre chronologique. « Le premier phénomène de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, écrit Berthaut, c'est la rupture de la vésicule-mère. Le liquide contenu dans cette vésicule traverse les canaux biliaires pour arriver dans l'intestin ». Puis les vésicules-filles s'engageraient les unes après les autres, « les plus petites d'abord », au dire de Davaine, qui ajoute : « Ainsi, des hydatides successivement plus grosses peuvent s'engager dans le conduit excréteur du kyste et le parcourir en le dilatant de plus en plus »...

C'est là une pure vue de l'esprit.

D'abord, la « rupture » d'une vésicule-mère dans un conduit biliaire constitue, quoi qu'on ait dit, une éventualité rarissime, dont M. Dévé ne connaît qu'un *unique exemple* : le cas de Rathery et Gouraud ; car les observations qu'on a cru pouvoir invoquer à ce sujet (obs. de Quénu, Page, Marmasse) ne sont nullement authentiques. Ensuite, c'est certainement au hasard de leur siège dans la poche que les lambeaux de membrane et les hydatides assez souvent intactes pénètrent dans l'orifice biliaire, en s'étirant, « en s'allongeant de manière à diminuer leur volume », comme l'avait parfaitement noté Davaine.

Quant au prétendu rôle favorable, au rôle en quelque sorte dilatateur et préparateur, attribué par Davaine, Berthaut, et encore par Carle, aux calculs biliaires associés aux débris hydatiques, à peine est-il besoin de dire qu'il est des plus contestables. Aussi bien la cholélithiase est-elle, en pareils cas, souvent *secondaire* à l'évacuation des kystes

dans les voies biliaires, — des fragments de corps étranger parasitaire ayant servi de « noyaux » à la précipitation biliaire (*cholélithiase hydatique* de Dédé).

Le mécanisme de *désobstruction spontanée du cholédoque* encombré par les membranes hydatiques a été bien étudié par M. Dédé (15). « On a affaire à une masse molle, lisse, glissante, élastique, capable de s'étirer, qui n'est par elle-même ni traumatisante ni irritante. De plus, aussi volumineuse soit-elle, l'embâcle hydatique cholédocienne est presque toujours dissociable, constituée qu'elle est ordinairement par une accumulation d'hydatides plus ou moins flétries pouvant s'éliminer séparément... Chassée par l'hypertension biliaire qu'elle provoque au-dessus d'elle, la masse parasitaire malléable épouse la forme du canal muqueux et elle le dilate régulièrement, lentement, progressivement, de haut en bas. Cette *dilatation douce du conduit cholédocien* réussit à faire passer par le sphincter vatérien élargi des hydatides ou des lambeaux de membrane de taille relativement considérable ».

Ce sont là des conditions toutes différentes, on le voit, de celles qui s'observent en cas de lithiase et spécialement de lithiase cholédocienne. Corps étranger dur, irréductible, irrégulier, rugueux, le calcul provoque, au niveau de la muqueuse, des lésions congestives et irritatives qui entretiennent le spasme du sphincter vatérien. Aussi comprend-on que « les gros calculs du cholédoque n'aient aucune chance d'être éliminés spontanément » (Chaussard).

Aussi dilatable que soit, à la longue, la grosse voie biliaire, — et l'on rencontre souvent, à l'opération ou à l'autopsie, des cholédoques dont le volume est plus gros que le pouce et peut même atteindre « trois bons travers de doigt », comme dans un cas de Lecène, — ce qui importe surtout c'est la dilatation du « goulot vatérien ». Or, celle-ci peut être longue à se réaliser et, entre temps, plus ou moins rapidement, des complications pourront survenir, qui amèneront la mort avant que l'élimination se soit effectuée.

On voit par là que les conditions pathogéniques de la guérison spontanée en matière de kystes hépato-biliaires diffèrent notablement de celles qui président à l'élimination bronchique des kystes hydatiques du poumon. Là, on a affaire à une canalisation d'emblée beaucoup plus volumineuse et dont le calibre va croissant rapidement. De ce fait,

le risque d'obstruction se trouve supprimé (la mort par asphyxie due au volume des membranes hydatiques rejetées par vomique est tout à fait exceptionnelle). En outre, la canalisation bronchique est maintenue en permanence largement béante par son squelette cartilagineux. Par ailleurs, le volume des kystes pulmonaires s'ouvrant dans les bronches est ordinairement modéré, surtout en cas de kystes centraux, para-bronchiques. Enfin le parenchyme pulmonaire, éminemment souple, « prête » au rapide affaissement de la poche évacuée, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà rappelé, l'adventice des kystes du poumon est presque toujours très mince.

Ces différences permettent de prévoir que le pronostic de l'élimination naturelle des kystes dans la canalisation muqueuse du viscère sera loin d'être aussi favorable dans le cas du foie que dans celui du poumon.

VI. — PRONOSTIC DE L'ÉLIMINATION NATURELLE DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE DANS LES VOIES BILIAIRES.

Utilisant les données statistiques tirées de l'ensemble d'observations impartialement réunies par notre maître M. Dévé, nous en extrairons d'abord quelques *chiffres globaux* que nous aurons à discuter ensuite.

A un ensemble de 123 observations « médicales » de kystes hydatiques du foie évacués dans les canaux biliaires et *abandonnés à leur marche naturelle*, nous ajouterons 5 cas dans lesquels une opération a été tentée, mais est restée négative et n'a exercé aucune influence sur l'évolution favorable (obs. XVIII, XXXVI, XLI, XLIV, XLVII). Il sera légitime d'y joindre également 3 observations dans lesquelles, longtemps (4 ans, 9 ans, 35 ans) après l'apparition d'une débâcle hydatique vatricienne paraissant avoir amené la guérison, une intervention sanglante a été tentée qui, dans un cas est restée négative (obs. LIII) et les deux autres fois a causé la mort rapide du malade (obs. LIV et LV).

Soit un total de 131 cas dans lesquels l'élimination biliaire d'un kyste hépatique a été, en définitive, livrée à son évolution naturelle.

Sur ce nombre les auteurs accusent 76 morts et 55 *guérisons*, les 55 observations que nous avons réunies. Cela donnerait donc un chiffre global de 42 o/o de *guérisons*, et inversement 58 o/o de *mortalité*.

Ce dernier chiffre nous conduit assez loin, on le voit, de l'opinion admise par tous les auteurs, loin du chiffre de 70 o/o indiqué par Cyr et accepté par Terrier et Auvray, Cauchoix et autres, et encore plus loin du chiffre « lugubre » de 84 o/o donné par Carle.

Toutefois, il convient de faire immédiatement remarquer que dans nombre des observations publiées comme cas de « guérison », les malades n'ont pas été longtemps suivis et

souvent n'ont plus été revus. Bien plus, certaines observations signalent que le malade conservait encore un foie gros, à sa sortie de l'hôpital.

En reprenant nos observations, nous voyons que les patients n'ont pas été suivis au delà de *quinze jours* dans 3 cas, au delà de *trois semaines* dans 1 cas, de *un mois* dans 1 cas, de *six semaines* dans 2 cas, de quatre mois et demi et *cinq mois* dans 3 cas, enfin au delà de *dix mois* dans 2 cas (obs. XXIX et XXXII). Or, nous savons que de nouvelles débâcles hydatiques peuvent se répéter à échéance d'une année, — et même bien au delà, si l'on admet avec M. Dévé que les coliques hépatiques « prémonitoires » de l'ouverture biliaire sont souvent déjà conditionnées par des migrations de débris vésiculaires. « Ce qui oblige à n'accepter ces observations, qu'avec d'extrêmes réserves, écrit M. Dévé, c'est d'abord la connaissance des rémissions parfois prolongées séparant les débâcles. C'est d'autre part, la connaissance des faits précis où l'on a pu constater, à l'autopsie pratiquée plusieurs années après une hydatidenterie vérifiée, la persistance d'une poche restée en communication large avec les voies biliaires et renfermant encore des hydatides ».

En revanche, dans les 20 cas suivants la guérison spontanée a été *vérifiée* et s'est maintenue après un temps *minimum* de :

1 an et demi,	—	obs. XXV, XLIX
2 ans	—	obs. XXXVII
3 ans	—	obs. V, XXXIV, XXXVI, XL
3 ans et demi,	—	obs. LI
4 ans	—	obs. XIII
5 ans	—	obs. XLVII
7 ans	—	obs. XXXV
8 ans	—	obs. LIV
9 ans	—	obs. LII
10 ans	—	obs. XIV
11 ans	—	obs. XXXIII
12 ans	—	obs. LIII
18 ans	—	obs. XXXVIII
23 ans	—	obs. XI
35 ans	—	obs. L

On s'attend certainement à ce que nous mettions en parallèle avec ces résultats de l'expectation médicale ceux obtenus

jusqu'à ce jour *dans les cas traités chirurgicalement*. Nous pouvons le faire grâce aux documents mis à notre disposition par M. Dévé.

Sur un ensemble de 118 observations « chirurgicales », la mort est survenue quarante-deux fois (soit 35,6 o/o) et la guérison soixante-seize fois (soit 64,4 o/o).

En vérité, il serait nécessaire, ici tout comme dans les observations « médicales », de faire d'importantes réserves au sujet de la valeur des « guérisons » opératoires. Car trop souvent les observations ont été un peu hâtivement publiées et les opérés n'ont pas été revus. La guérison définitive laisse place au doute pour 22 de ces observations, au moins. Plusieurs d'entre elles ne donnent même aucun renseignement sur les suites opératoires.

D'un autre côté, comme l'a fait observer M. Dévé, il ne faut pas oublier que dans certains cas « le processus curatif naturel est venu heureusement compléter l'acte chirurgical ». N'a-t-on pas vu, dans une dizaine d'observations, la guérison survenir « à la suite d'interventions aussi indirectes et insuffisantes qu'une cholécystostomie ou une cholécystectomie » ? Dans une observation de Syme (1), le chirurgien trouvant, à l'ouverture du ventre, une vésicule biliaire dilatée, se borne à la vider par simple *expression* et referme le ventre. A l'issue de l'opération, le malade vomit des hydatides et en rend le lendemain par les selles : guérison consécutive ! D'autre part, dans 15 observations la guérison a été obtenue par simple kystotomie, « c'est-à-dire sans qu'aucune manœuvre ait porté sur le conduit principal obstrué par les membranes hydatiques » (15).

Enfin, s'il est vrai que la guérison spontanée d'un kyste hépatique par *drainage naturel*, cholédoco-vatériel, risque d'être précaire, en ce qu'elle laisse une cavité kystique longtemps encore en communication avec les voies biliaires, *la même remarque ne s'applique-t-elle pas aux cas traités chirurgicalement par simple désobstruction du cholédoque suivie d'un drainage hépatique tout temporaire* ? La poche originelle n'est-elle pas, en pareil cas, abandonnée à elle-même, sans qu'on puisse jamais être certain qu'elle soit complètement évacuée ? Or, telle a été la conduite suivie dans 23 observations, ayant donné 16 « guérisons » et 7 morts.

1. SYME, *British med. Journal*, 2 oct. 1909, p. 956.

Ces réserves faites au sujet des guérisons opératoires, il convient de remarquer, par contre, à la décharge du traitement chirurgical, que la mortalité opératoire se trouve injustement grevée, pour une part importante, du fait que trop souvent l'intervention sanglante a été pratiquée très tardivement, alors que les malades étaient en puissance ou déjà atteints de complications inéluctables.

C'est qu'en effet, à côté des complications relativement bénignes et susceptibles de guérison spontanée que nous avons signalées dans un précédent chapitre, il en est d'autres qui revêtent une particulière gravité. Nous n'avons pas à en faire ici une étude détaillée ; il nous suffira de les énoncer : angiocholite suppurée, avec ou sans septicémie biliaire, abcès péri-angiocholitiques, suppuration du kyste originel — suppuration souvent putride et affectant dans plus de 10 o/o des cas la forme du *pyo-pneumokyste hydatique du foie* (Dévé). Ce n'est pas tout : péritonite suppurée, soit localisée (sous-phrénique), soit généralisée, par propagation de l'infection ou par rupture de la poche ; enfin ouvertures secondaires du kyste dans l'appareil pleuro-pulmonaire (vomique hépato-bronchique compliquée parfois de gangrène pulmonaire ; pleurésie purulente, à caractère fréquemment putride).

Telles sont les complications redoutables dont on peut dire que se trouve menacé tout malade dont le kyste hépatique est en cours d'élimination dans les voies biliaires. Pour les voir éclater, il suffit qu'un amas d'hydatides ou qu'un morceau de membrane-mère un peu plus volumineux viennent obstruer, durant quelques jours, la voie biliaire principale.

Sans nul doute, une intervention opératoire précoce aurait chance de mettre de tels malades à l'abri de ces complications infectieuses, en assurant la rapide désobstruction du cholédoque et le drainage de la canalisation biliaire, drainage qui permettra souvent l'issue ultérieure de débris hydatiques. Il n'est pas douteux non plus qu'une opération complémentaire qui tarirait la source des migrations parasitaires (kystotomie) amènerait la guérison définitive des malades.

Est-ce à dire qu'il y aura lieu d'intervenir invariablement dans tous les cas dès qu'on aura constaté l'*hydatidén-
térie cholédoco-vatérienne révélatrice* ? A cette question

nous serions tenté de répondre par l'affirmative. Cependant il semble qu'il y ait au moins *une exception* à faire ; elle concerne certains cas de kystes hépatiques univésiculaires.

Lorsque l'examen des selles correspondant à la débâcle hydatique biliaire aura montré la présence de *larges lambeaux de membrane-mère, à l'exclusion de toute vésicule-fille*, il sera indiqué de s'abstenir. Très probablement, en pareil cas, le parasite aura été éliminé en totalité. Dès lors, l'opération n'offrirait plus aucun avantage. Un drainage artificiel et temporaire de l'hépatique ne donnerait rien de plus que le drainage naturel et indéfini assuré par un cholédoque et une papille de Vater largement perméables.

C'est précisément la conduite qu'a conseillée M. Dévé dans le cas que nous avons pu suivre et qui a été l'origine de notre travail. Et les suites favorables autant que simples l'ont justifiée.

Cette exception mise à part, nous estimons avec notre maître qu'en dépit des cas indiscutables de guérison spontanée que nous avons rapportés, « ce serait, à l'heure actuelle, une grave imprudence que de s'en remettre, en pareille occurrence, aux efforts de la nature médicatrice ».

En d'autres termes, et pour répondre à la question que nous nous étions posée au début de notre travail, *on ne peut légitimement assimiler, quant au pronostic, la « vomique hydatique biliaire » à la vomique hydatique pulmonaire*. Si celle-ci, comme la chose a été irréfutablement établie par M. Dévé, offre une valeur curative réelle, qui en fait « un des plus beaux exemples de la *Vis mediatrix naturæ* » (Dévé), on n'en peut dire autant de la première, dont le rôle libérateur, pour incontestable qu'il soit, reste beaucoup plus aléatoire.

Ainsi se justifie le titre donné à notre thèse. En écrivant guérison « éventuelle », nous avons voulu indiquer, par définition même, que la guérison « dépend d'événements incertains » et que, partant, cette heureuse terminaison ne saurait être escomptée sans imprudence.

Néanmoins il nous a paru que les cas de guérison que nous avons relatés méritaient d'être soulignés. On en pourra retenir, du moins, que dans les cas — encore fréquents en pratique — où, malgré les conseils les plus pressants, le malade refuse obstinément toute opération, la partie ne doit

pas être tenue pour fatalement perdue. Il restera encore au malade 2 ou 3, peut-être 4 chances sur 10 de s'en tirer spontanément. C'est là une bien médiocre proportion, en vérité, qui, de nos jours, ne peut plus être jugée comme satisfaisante. Nous devons cependant la mettre impartialement en lumière.

VII. — DIAGNOSTIC

Le point de vue auquel nous nous placerons dans ce chapitre sera le suivant : Nous ne nous occuperons pas, malgré son grand intérêt, de la question du diagnostic différentiel entre la colique hépatique hydatique et la colique hépatique *cholélithiasique*. Nous n'envisagerons pas non plus le diagnostic différentiel entre les douleurs hépatiques en relation avec la migration de vésicules dans la lumière biliaire et celles qui s'observent en cas de kystes hydatiques *comprimant* les voies biliaires ou en cas de kystes *suppurés*. Car, ainsi que nous l'avons dit dès le début, nous ne nous sommes pas proposé d'étudier dans son ensemble l'évacuation biliaire des kystes du foie, mais seulement les cas, dans lesquels l'élimination spontanée s'est traduite *et avérée* par une débâcle hydatique biliaire plus ou moins libératrice.

Nous supposons donc *la nature des accidents* (douleur, ictère, fièvre) *tranchée par la constatation, précoce ou tardive, de débris hydatiques dans les vomissements et les selles*, étant bien entendu que, en cas de doute, leur nature parasitaire a été vérifiée au microscope.

La question qui se pose, en pareils cas, est de savoir *par quelle voie* s'est faite l'élimination parasitaire. S'est-elle produite par suite d'une ouverture directe du kyste dans l'estomac ou l'intestin ? S'est-elle faite à travers la filière cholédocienne ?

Cette question est d'autant plus intéressante à trancher que nombre d'auteurs semblent encore considérer la déhiscence des kystes du foie dans le tractus gastro-intestinal comme une évolution favorable qui serait à respecter. D'autre part, nous avons vu Berthaut soutenir que l'issue favorable après ouverture des kystes dans les voies biliaires ne peut s'observer que lorsque s'est produite secondairement une communication de la poche originelle avec l'intestin, la guérison devenant en pareil cas « la règle ».

La plupart des auteurs regardent l'ouverture des kystes

du foie *dans le tractus digestif* comme *beaucoup plus fréquente* que leur élimination biliaire.

Davaine (1860 et 1877) donne les chiffres suivants, partout reproduits :

Ouverture dans la plèvre et les bronches	30 cas
— dans le tube digestif	22
— dans le péritoine	8
— dans les voies biliaires	8 ?

Dans sa thèse classique, Letourneur (1873) écrit : « Le contenu des kystes hydatiques peut pénétrer dans le tube digestif par deux procédés : ou bien il se fraie une voie tout à fait artificielle entre le kyste et l'appareil digestif, ou bien il arrive dans le duodénum par la voie naturelle, celle des canaux hépatiques et cholédoque. De ces deux modes de migrations *le premier est à coup sûr le plus fréquent* ». Il croit devoir ajouter : « Toutefois le second existe, nous en donnerons des exemples ». Sur les 33 observations qu'il rapporte, quatre fois seulement le kyste se serait vidé par les voies biliaires. Letourneur rappelle que selon Valleix *l'ouverture dans le côlon transverse serait la plus fréquente*.

Dans la statistique mecklenbourgeoise de Madelung (1885) on voit les ruptures biliaires n'arriver qu'en *dernière ligne*, loin derrière les autres, tandis que les ouvertures dans le tube digestif tiennent la tête avec une proportion de 36 o/o (intestin 26 o/o, estomac 10 o/o). Après le tube digestif viennent les ouvertures pleuro-bronchiques, avec 24 o/o, le péritoine avec 20 o/o, puis la peau avec 16 o/o, enfin les voies biliaires avec seulement 4 o/o !

La statistique plus moderne de A. Becker (1907) ne comporte plus la rubrique de l'ouverture spontanée à la peau. De l'analyse critique qu'en a faite M. Dévé, il résulte que la rupture intra-péritonéale y occupe la première place, avec 41,4 o/o, les ruptures pleurales et bronchiques la seconde, avec 28,6 o/o ; les ruptures dans le tractus digestif viendraient ensuite, avec 21,4 o/o. *L'élimination biliaire n'arriverait qu'en dernière ligne* et ne représenterait que 8,6 o/o des ouvertures kystiques.

Or, c'est à une conclusion très différente que l'étude de la question a conduit M. Dévé (1920). D'après lui, *l'ouverture des kystes du foie dans les voies biliaires occuperait le troisième rang, immédiatement après les migrations thoraciques*, la

première place revenant aux ruptures intra-péritonéales (11).

D'où vient que les auteurs ont admis jusqu'ici la plus grande fréquence des ouvertures digestives directes ? C'est qu'ils ont considéré comme appartenant en propre à ce mode de débiscence un tableau symptomatique établi tout à fait arbitrairement.

D'après Letourneur, dont la thèse (1) est encore invoquée dans tous les ouvrages classiques, les symptômes de l'ouverture des kystes du foie dans le tube digestif seraient les suivants : 1° la douleur, douleur vive, quelquefois continue ou « revenant par accès » ; 2° la fièvre ; 3° des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée) ; 4° l'ictère. « Quand surviennent les accidents aigus, écrit Letourneur, l'ictère est la règle et alors il est dû à l'hépatite concomitante. Aussi ce symptôme a-t-il été noté dans un grand nombre de nos observations » ; 5° évacuation de selles abondantes ou de vomissements contenant des hydatides ; 6° affaissement de la tumeur, lorsqu'elle est accessible au palper.

Cette description a été ultérieurement complétée, notamment par Berthaut et par Liandier. M. Dévé résume l'opinion aujourd'hui classique à ce sujet dans les termes suivants : « A la rupture dans le tube digestif appartiendraient : la brusquerie et l'abondance de la décharge hydatique, la présence de pus dans les selles ou le vomissement, l'affaissement subit de la tumeur hépatique et l'apparition, à son niveau, d'une sonorité qui révélerait la pénétration des gaz gastriques ou intestinaux dans la poche (2). Il est admis que l'ictère est assez fréquent en pareils cas (il serait lié à l'angiocholite ou à la compression), comme seraient habituelles les crises douloureuses (attribuées à la péritonite adhésive sous-hépatique). Quant à l'hydatidémèse, elle est regardée comme caractéristique de l'ouverture directe du kyste dans l'estomac ou à la rigueur dans le duodénum » (11).

Ajoutons que pour Oliver, en cas d'élimination de débris

1. A. LETOURNEUR, *Terminaison spontanée des kystes hydatiques du foie dans le tube digestif*. Thèse, Paris, 1873.

2. Pour Berthaut, « la pénétration des gaz intestinaux dans la cavité kystique paraît caractériser la communication avec l'intestin ». Or, nous savons aujourd'hui que la présence de gaz dans une poche hydatique du foie est bien loin de résulter nécessairement d'une « pénétration » de gaz digestifs. D'après M. Dévé, la suppuration gazeuse autochtone (anaérobie) du kyste originel s'observe dans plus de 10 0/0 des cas de kystes hépatiques évacués dans les voies biliaires.

hydatiques par les voies biliaires, ces éléments passent si altérés que, seul, l'examen microscopique permettra d'affirmer leur existence. « En cas d'expulsion par le rectum de vésicules reconnaissables à simple vue, nous croyons qu'il s'agit d'ouvertures directes dans le côlon ou le duodénum et non dans les voies biliaires » (1).

Autant d'affirmations contestables, d'interprétations douteuses ou erronées, écrit M. Dévé. « Loin d'être spéciales à la déhiscence digestive, les diverses particularités en question s'observent en cas de débâcles vatrériennes avérées ».

En reprenant une à une les observations réunies dans la thèse de Letourneur et qui ont servi à cet auteur pour établir le tableau symptomatologique que nous rappelions plus haut, on constate que des 28 cas qu'il rattache à l'ouverture digestive directe, 3 concernent, en fait, des kystes du rein ou du bassin ouverts dans l'intestin (obs. Barthez, Pascal, Vivarès); une douzaine sont formés par de vieilles observations cliniques sommaires, douteuses, inutilisables; 2 sont authentiques (ouverture gastrique : obs. Cruveilhier, Duchaussoy), enfin 9 ressortissent, en réalité, à l'élimination cholédoco-vatrérienne (obs. Lasègue, Frerichs, Chereau, *Bulletin thérapeutique*, Falloord, Chomel, Guys Hospital, Vitrac, Musgrave).

Aussi bien, à la lecture de nos observations LI et LII on a pu voir que les malades avaient été considérés pendant leur vie comme atteints de kystes *rompus dans l'intestin*. L'autopsie devait venir démontrer l'erreur d'interprétation.

Nous ne pouvons songer à entrer dans la discussion de chacune des observations litigieuses. A titre d'exemple, nous nous bornerons à reproduire l'observation de Smith, publiée par son auteur sous le titre suivant : « A case of hydatid cyst of the liver rupturing *into the transverse colon* » (elle répond à notre obs. XXX).

Obs. SMITH (Résumée). — Homme de 32 ans, admis à l'hôpital, le 2 avril 1900, pour de la jaunisse. Était bien portant jusqu'en novembre 1899. A cette époque, attaque de jaunisse et constipation. Douleurs vives à la base de la poitrine, obligeant le malade à se plier en deux (*to double him up*). Le jour suivant, ictère. Ces symptômes disparaissent en huit jours. Depuis lors,

I. J. H. OLIVER, Quistes hidaticos del higado y sindromen colelitiasico, *Revista médica del Uruguay*, abril de 1907, p 118.

cinq crises semblables : jaunisse précédée de douleur. Les selles sont décolorées pendant les crises.

A son entrée à l'hôpital, le malade en est à sa sixième crise. Profondément ictérique, il est amaigri et très épuisé. Foie augmenté de volume, douloureux ; saillie arrondie, régulière, à l'épigastre ; à la palpation, fluctuation profonde. Le 5 avril, frisson. Mansell Moulin conseille une laparotomie exploratrice, qui est remise à cause d'une poussée de bronchite.

Le matin du 7 avril, on constate que la saillie épigastrique a diminué et, dans la journée, on trouve dans les matières fécales du malade des morceaux de membranes.

A partir de ce moment, convalescence ininterrompue. Chute de la température. Diminution progressive de la jaunisse. La vésicule épigastrique disparut complètement, quoique le foie restât encore débordant à la sortie du malade.

Le malade quitte l'hôpital, considéré comme guéri, le 8 mai.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Clarke fut d'avis qu'on « avait eu probablement affaire à un kyste hydatique suppuré évacué dans le côlon transverse adhérent au foie ».

En dépit de l'opinion de Smith et de Clarke, peut-on douter qu'il se soit agi d'un kyste ouvert dans les canaux biliaires et éliminé par débâcle cholédoco-vatérienne ?

Finalement, dans l'étude qu'il a faite de la valeur sémiologique des hydatidémèses et hydatidentéries (3), M. Dévé est arrivé à cette conclusion que : « En clinique, la constatation d'une hydatidentérie, accompagnée ou non d'hydatidémèse, fera conclure à l'évacuation d'un kyste hépatique *dans les voies biliaires*, pour peu que le malade présente ou ait antérieurement présenté de l'ictère ou à *fortiori* des crises de colique hépatique ».

Un semblable diagnostic entraînera une importante détermination thérapeutique que nous allons envisager dans notre dernier chapitre.



VIII. — TRAITEMENT

Quel traitement doit-on instituer en présence d'un kyste hépatique s'évacuant dans les voies biliaires? Quelles peuvent être les indications respectives d'un traitement médical et du traitement chirurgical?

Nous savons que la guérison spontanée a été observée; nous avons même montré qu'elle est survenue plus fréquemment qu'il n'est classique de l'admettre; mais nous avons dit aussi au prix de quels risques. La considération des complications redoutables auxquelles sont exposés les malades nous a amené à cette conclusion qu'on doit, à l'heure présente, recourir à l'intervention chirurgicale dès le diagnostic établi.

N'y aurait-il pas cependant des exceptions à cette règle? En d'autres termes n'y a-t-il pas des cas particuliers justifiables de la seule expectation médicale?

On se rappelle que Berthaut admettait que « le traitement chirurgical peut être négligé lorsqu'il existe en même temps des *calculs biliaires* ou bien que la tumeur hydatique est *évacuée aussi par les bronches* ». — Est-il besoin de dire qu'aujourd'hui de telles circonstances, loin de constituer des contre-indications à l'opération, sont une raison de plus de recourir à l'intervention chirurgicale?

Berthaut ajoutait: « Le traitement chirurgical doit être laissé de côté si on est absolument sûr qu'il existe une *communication directe suffisante entre la cavité du kyste et l'intestin* ». Mais, d'abord, comment savoir qu'une semblable communication secondaire existe (1)? Et en admettant que cette éventualité se réalise (Berthaut, tout le premier, était obligé de convenir qu'il n'en connaissait aucun exemple vérifié à l'autopsie), comment savoir si la communication en question est et restera « suffisante »? Aussi bien, sans vou-

1. A la rigueur, une *exploration radiologique* pourrait mettre en évidence une telle communication.

loir nous engager dans une discussion qui nous éloignerait de notre sujet, il semble qu'à l'heure présente le traitement chirurgical doive être tout aussi indiqué dans les cas de kystes hydatiques suppurés ouverts et fistulisés dans l'intestin.

Reste une exception sur laquelle nous nous sommes suffisamment expliqué dans un précédent chapitre : nous voulons parler du cas où l'examen des selles aura révélé la présence de lambeaux membraneux à l'exclusion de toute *hydatide*, traduisant l'élimination intégrale de la membrane d'un kyste univésiculaire. En pareil cas, nous l'avons dit, on sera autorisé à s'abstenir ou, tout au moins, à *temporiser* en surveillant étroitement le malade.

Sauf ce cas particulier, exceptionnel, l'expectation associée à un traitement médical ne saurait plus être maintenant *conseillée de parti pris*.

Mais, comme nous l'avons déjà indiqué, en pratique, il se rencontrera des cas où l'on sera bien obligé de s'en tenir à un traitement médical. On a vu, et sans doute verra-t-on encore, des malades refuser formellement l'opération. En pareille circonstance, le médecin ne pourra-t-il pas associer utilement ses efforts à ceux de la « bonne nature » ?

Traitement médical

Deux médications paraissent susceptibles d'avoir une utilité : la *médication antiseptique biliaire* et la *médication cholagogue*. Mais si la première peut être et même *doit* être instituée dans tous les cas, la seconde ne devra être mise en œuvre qu'avec prudence et ménagements, car elle peut provoquer une aggravation des accidents et même devenir l'origine d'une catastrophe.

La désinfection biliaire sera réalisée par l'administration de salicylate de soude associé au benzoate de soude ou mieux de l'*uroformine*, administrée de préférence par l'intermédiaire d'un *goutte à goutte rectal de sérum glycosé*.

Quant à la médication cholagogue, elle consistera surtout dans l'administration de purgatifs et surtout du *calomel*. Ayant pour effet d'augmenter la sécrétion biliaire et par suite la pression biliaire en amont de l'obstacle hydatique contenu dans le cholédoque, cette médication a parfois pro-

voqué la brusque désobstruction biliaire sous l'effort de cette chasse biliaire. L'observation de Sabrazès est particulièrement suggestive à cet égard. Mais on prévoit immédiatement le danger de ce traitement. Si la taille du « bouchon hydatique » l'empêche de franchir le goulot cholédoco-vatérien, l'hypertension biliaire provoquée — surtout en cas de bile infectée — ne peut qu'exercer une fâcheuse action sur un parenchyme hépatique déjà très altéré. Et dans quelques cas terminés par la mort à la suite d'une rupture de la poche kystique dans le péritoine, il n'est pas douteux qu'on puisse incriminer l'administration intempestive de purgations répétées.

Le traitement médical ne constituera donc qu'un pis-aller imposé parfois par le patient. Le médecin devra insister auprès de lui sur l'inconstance et la précarité des résultats qu'on en peut attendre, et s'efforcer de convaincre son malade de l'importance qu'il y a à *recourir le plus tôt possible à l'intervention chirurgicale.*

Traitement chirurgical

Sans entrer dans une longue discussion des indications opératoires, non plus que dans une étude détaillée de la technique opératoire, qui sortiraient du cadre de notre travail, nous nous bornerons à esquisser ici les directives générales du traitement chirurgical qu'il convient d'instituer en cas de kystes du foie ouverts dans la canalisation biliaire.

Nous nous en tiendrons, sur ce point, à l'opinion que M. Dévé a exposée à diverses reprises dans ces dernières années. C'est d'ailleurs celle qui vient d'être adoptée, au tout récent Congrès français de Chirurgie, par les deux rapporteurs de la question des « oblitérations non calculeuses des voies biliaires », le professeur Villard, de Lyon, et le professeur agrégé P. Mathieu, de Paris.

Doivent être écartées, dès l'abord, certaines interventions insuffisantes et irrationnelles, parfois effectuées en pareil cas, telles que la cholécystostomie ou la cholécystectomie. Cette dernière opération a été employée par des chirurgiens acceptant l'existence d'une prétendue échinococcose intra-cavitaire primitive de la vésicule biliaire, origine de migrations hydatiques dans les grosses voies biliaires.

M. Dévé a montré (14) qu'« il n'existe pas de kystes hydatiques primitifs de la vésicule biliaire ». Il s'était agi, dans les cas invoqués, d'un « envahissement échinococcique rétrograde de la vésicule par des hydatides déversées dans les conduits biliaires par un kyste hépatique profond, méconnu au cours de l'intervention sanglante ».

En principe « l'intervention chirurgicale devra s'efforcer de réaliser un double but :

1° Ouverture, désobstruction et drainage systématique de la voie biliaire principale ;

2° Ouverture et évacuation du kyste originel.

En outre, le chirurgien devra s'assurer, par une cholécystotomie, du contenu de la vésicule biliaire : hydro ou pyo-cholécyste, envahissement hydatique rétrograde, cholélithiase hydatique » (3).

Telles sont, pour M. Dévé, les indications opératoires primordiales. Comme le dit P. Mathieu, « il semble indiscutable qu'en présence des accidents de rétention biliaire infectée qui dominent la scène, le chirurgien doive *avant tout établir un drainage des voies biliaires* dont l'action bienfaisante sur les phénomènes infectieux est incontestée, mais qui permet aussi l'évacuation souvent complète des hydatides ». Le drainage de la voie biliaire principale devra être « suffisamment prolongé ».

C'était déjà l'opinion exprimée par le professeur Lecène en 1914 : « L'essentiel de l'acte chirurgical dans les cas de kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires, c'est de faire cesser les accidents de rétention biliaire et d'infection par un large drainage, suffisamment prolongé et surveillé, de la voie biliaire principale ».

Mais l'intervention devra-t-elle s'en tenir là ? Que convient-il de faire vis-à-vis du kyste hépatique originel ? C'est une question encore controversée.

Voici, à ce sujet, en quels termes s'exprime M. le professeur Villard, dans son récent rapport au Congrès de Chirurgie :

« Certains chirurgiens, comme Lapointe, estiment qu'il n'y a pas lieu de s'occuper du kyste hépatique, si on ne le découvre pas, et jugent le drainage de la voie principale suffisant. Il est certain que les kystes hydatiques fistulisés dans les voies biliaires peuvent guérir par simple cholécotomie ; mais nous pensons, avec Dévé, qu'en abandonnant le

kyste à lui-même on s'expose à des récidives. Dévé rapporte des cas où l'élimination d'hydatides par l'ampoule de Vater s'est répétée pendant plusieurs mois et même plus d'une année. On ne saurait maintenir le drainage biliaire aussi longtemps. *Nous croyons donc que la recherche et l'évacuation du kyste doivent, en principe, être toujours associées à la cholécotomie.*

De son côté, Mathieu arrive à la même conclusion : « Si le kyste est reconnu au cours de l'opération, il convient d'agir sur lui, au besoin dans une intervention secondaire. S'il n'est pas reconnu, il faudra le chercher par la clinique et la radiologie, surtout à droite et en arrière (Dévé), pour intervenir secondairement en cas d'accidents persistants ».

Lecène et Mondor ont insisté, à juste titre, sur ce fait que « les malades, au moment où on les opère, en général, sont des infectés, peu résistants ». Aussi y a-t-il « grand intérêt à réduire chez eux les manœuvres opératoires au minimum nécessaire ; les opérations complexes ne sont pas de mise ». Villard fait remarquer, à son tour, que en cas d'état général mauvais, « il y aura un danger vital à prolonger l'intervention et à la compliquer ».

C'est pourquoi on sera souvent amené à opérer ces malades en deux étapes, séparées par un temps variable, qui ne devra pas être trop long : dans un premier temps, désobstruction et drainage de l'hépto-cholédoque ; dans une intervention ultérieure, évacuation du kyste originel.

Lorsque le kyste hépatique, silencieux et plus ou moins affaissé, n'aura pu être découvert à l'opération, ni repéré cliniquement ou radiologiquement au cours des suites opératoires, il sera nécessaire de suivre les opérés pendant plusieurs années avant de les considérer comme définitivement guéris. On ne doit pas oublier, en effet, que la poche primitive peut devenir tardivement l'origine de grandes complications ; suppuration, ouvertures pleurales ou bronchitiques secondaires. A cet égard, l'enseignement qui se dégage de l'observation de Hammer (obs. LV) ne saurait être trop médité.

CONCLUSIONS

I. — Mode de déhiscence fréquent des kystes hydatiques du foie — le plus fréquent après leur rupture intra-péritonéale et leurs migrations thoraciques — l'ouverture de la poche parasitaire dans la canalisation biliaire est susceptible de permettre une élimination complète du contenu kystique et la guérison définitive.

II. — Cette éventualité paraît moins exceptionnelle qu'on l'a admis jusqu'ici, puisqu'elle s'est réalisée dans au moins 15 o/o et peut-être dans 42 o/o des cas livrés à leur évolution spontanée.

III. — Elle s'observe en cas de kystes hépatiques multi-vésiculaires comme en cas de kystes univésiculaires. Dans la première circonstance, qui est de beaucoup la plus habituelle, elle se fait en une série d'éliminations fractionnées. Dans la seconde, elle se réalise habituellement en une fois.

IV. — Toutefois, dans le cas des kystes multi-vésiculaires on ne peut jamais savoir si l'évacuation de la poche originale a été intégrale et s'il ne persiste pas, dans la poche demeurée en communication avec les voies biliaires, des vésicules ou des lambeaux de membranes parasitaires plus ou moins volumineux, capables de s'engager ultérieurement dans la canalisation muqueuse et d'entraîner de graves accidents de rétention biliaire.

V. — En dépit d'exemples incontestables et relativement nombreux de guérison spontanée, il n'est pas douteux que ce mode d'évacuation des kystes du foie fasse courir aux malades de très gros risques et les expose à des complications souvent mortelles : angiocholite suppurée, infection kystique, plus ou moins putride, péritonite, ouvertures pleurales ou bronchiques. Aussi n'est-il plus permis, de nos jours, de considérer ce mode d'élimination naturelle comme un procédé de guérison autorisant l'expectation médicale.

VI. — A l'heure actuelle, on peut dire que lorsqu'elle est reconnue — à la suite de la constatation d'une hydatidité-

rie, accompagnée ou non d'hydatidémèse, — l'élimination hydatique biliaire commande l'intervention chirurgicale. Cette règle souffre peut-être une exception, concernant les rares cas dans lesquels la débâcle cholédoco-vatérienne a permis l'élimination totale, d'ailleurs aléatoire, de la membrane-mère d'un kyste univésiculaire.

VII. — L'intervention devra être aussi précoce que possible. D'où l'importance d'un diagnostic exact établi de bonne heure. A cet égard, il y a lieu d'insister sur l'importance du *tamissage des selles*, pratique beaucoup trop négligée des médecins, qui devrait être mise en œuvre *à l'occasion de toute crise de colique hépatique*. L'examen macroscopique des débris révélés par cette recherche (hydatides plus ou moins affaissées, lambeaux de membranes pigmentés par la bile) suffit le plus souvent à affirmer le diagnostic. Cependant il sera parfois nécessaire de procéder à un contrôle microscopique de débris gélatiniformes suspects (striation réfringente des membranes, crochets). Les réactions biologiques (déviations du complément, cuti ou sous-cuti-réaction, éosinophilie sanguine) seront également à rechercher dans les cas où l'on soupçonnera le kyste hydatique.

VIII. — L'intervention chirurgicale s'attachera, en principe, à réaliser un triple but (Dévé) :

1° Ouverture, désobstruction et drainage de la voie biliaire principale ;

2° Vérification du contenu de la vésicule biliaire ;

3° Ouverture directe et évacuation intégrale du kyste hépatique originel.

Dans les cas où ce dernier n'aura pu être découvert, une surveillance prolongée des opérés sera nécessaire avant qu'on puisse conclure à leur guérison définitive.

Vu, le Président de la thèse :

LECÈNE

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1. DÉVÉ (F.). — « La colique hépatique hydatique. Sa valeur sémiologique ». *C. R. de la Société de Biologie*, 8 mars 1919.
2. — « La colique hépatique hydatique envisagée au point de vue doctrinal ». *Ibid.*, 15 mars 1919.
3. — « Hydatidémèse et hydatidentérie ». *Ibid.*, 22 mars 1919.
4. — « Topographie des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires ». *Ibid.*, 29 mars 1919.
5. — « Etat de la vésicule dans l'obstruction hydatique des voies biliaires ». *Ibid.*, 5 avril 1919.
6. — « L'envahissement échinococcique rétrograde dans l'obstruction hydatique des voies biliaires ». *Ibid.*, 12 avril 1919.
7. — « Kystes hydatiques du foie et lithiase biliaire ». *Ibid.*, 3 mai 1919.
8. — « L'obstruction hydatique chronique du cholédoque ». *Académie de médecine*, 11 novembre 1919.
9. — « Cirrhose biliaire hydatique ». *C. R. de la Soc. de Biologie*, 16 octobre 1920.
10. — « Sièges de l'orifice de communication des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires ». *Ibid.*, 23 octobre 1920.
11. — « La débâcle hydatique cholédoco-vatérienne ». *Ibid.*, 30 octobre 1920.
12. — « L'élimination périodique prolongée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires ». *Ibid.*, 6 novembre 1920.
13. — « La débâcle hydatique biliaire a-t-elle une valeur curative » ? *Ibid.*, 13 novembre 1920.
14. — « Il n'existe pas de kystes hydatiques primitifs de la vésicule biliaire ». *Ibid.*, 15 octobre 1921.
15. — « La désobstruction spontanée du cholédoque au cours de l'obstruction biliaire hydatique ». *Ibid.*, 2 décembre 1922.
16. CADET DE GASSICOURT (E.). — *Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins*. Thèse de Paris, 1856.
17. DAVAINÉ (C.). — *Traité des Entozoaires*. Paris, 1860.

18. TROUSSEAU. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 255. Paris, 1865.
19. FRERICHs (Th.). — *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*. Traduction Dumesnil. Paris, 1866, p. 580.
20. MURCHINSON (Ch.). — *Leçons cliniques sur les maladies du foie*. Traduction J. Cyr. Paris, 1878, p. 65.
21. RENDU. — Article « Kystes hydatiques du foie » in *Dictionnaire des Sciences médicales*, 4^e série, t. III, p. 226, 1879.
22. ORTIZ COFFIGNY. — *De l'ictère dans les kystes hydatiques du foie*. Thèse de Paris, 1881.
23. BERTHAUT (J.). — *Etude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires*. Thèse de Paris, 1883.
24. CYR (J.). — *Traité pratique des maladies du foie*. Paris, 1887, p. 805 et 822.
25. GILBERT (A.) et SURMONT (H.) in *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, t. V, p. 488.
26. LANCEREAUX (E.). — *Traité des maladies du foie et du pancréas*. Paris, 1899, p. 734.
27. DIEULAFOY (G.). — *Manuel de Pathologie interne*, 13^e édition. Paris, 1901, t. II, p. 763.
28. CHAUFFARD (A.) in *Traité de Médecine*, 2^e édition, 1902, t. V, p. 312.
29. DÉVÉ (F.). — *Les kystes hydatiques du foie*. Paris, 1905. P. 99.
30. QUÉNU (E.). — *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n^o 37, 11 décembre 1906, p. 1005.
31. TERRIER (F.) et AUVRAY (M.). — *Chirurgie du foie*. Paris, Alcan, 1907, p. 68.
32. CARLE (P.). — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires*. Thèse de Bordeaux, 1908.
33. DIALTI (G.). — *Ittero e colica epatica nelle cisti di echinococco del fegato. Clinica chirurgica*, 1910.
34. SABRAZÈS (J.), LAFFARGUE (F.) et MURATET (L.) — Évolutions et complications d'un cas de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Variations de l'éosinophilie. *Gazette hebdm. des Sciences médicales de Bordeaux*, 4 juin 1911.
35. LECÈNE (P.) et MONDOR (H.) — L'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *Journal de Chirurgie*, juin 1914.
36. BARTOLOMÉ N. CALCAGNO. — Quistes hidatídicos del hígado abiertos en las vías biliares. *La Semana médica*, 23 déc. 1920, p. 863.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	10
I. Historique.....	13
II. Observations.....	23
III. Symptomatologie.....	33
IV. Évolution.....	39
V. Anatomie et physiologie pathologiques.....	46
VI. Pronostic de l'élimination naturelle des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires.....	51
VII. Diagnostic.....	57
VIII. Traitement.....	62
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	69



